FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO

CLINICA DE OBSTETRICIA

ACOMODAMIENTO DEL FETO

DIAGNOSTICO CLINICO DE LAS PRESENTACIONES Y POSICIONES DEL FETO POR MEDIO DE LA PALPACION ABDOMINAL

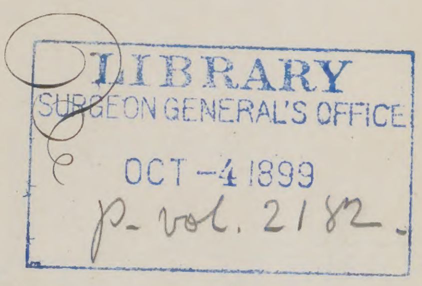
VERSION POR MANIOBRAS EXTERNAS

TÉSIS INAUGURAL

POR

JULIAN E. QUINTERO

ALUMNO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE MÉXICO.



MÉXICO

IMPRENTA DE IGNACIO ESCALANTE

RAJOS DE SAN AGUSTIN, NUM. 1.

1880

A mi querido maestro en de-
mostracion de alta estima.

J. E. Quintero.

México, Abril 29 de 1880.

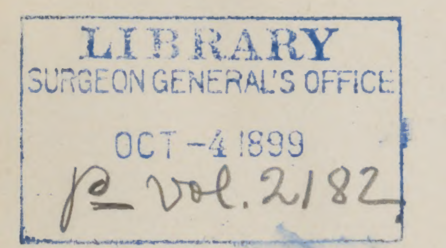
MADRE MIA:

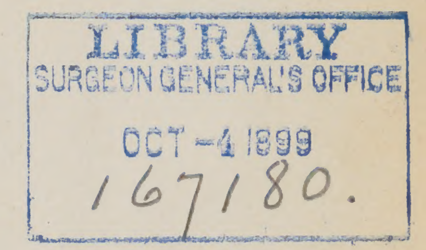
Invoco tu memoria y la bendigo.

A MI AMADO PADRE:

Humilde ofrenda de mi cariño inmenso.

A MIS QUERIDOS HERMANOS





A LOS SEÑORES

BENITO Y FRANCISCO ANIZAN:

Testimonio de eterna gratitud y respetuosa consideracion.

AL INSIGNE MAESTRO

DOCTOR DON JUAN MARÍA RODRÍGUEZ

FUNDADOR DE LA ESCUELA MEXICANA DE OBSTETRICIA:

Admiracion, respeto y gratitud.

AL SEÑOR GENERAL

DON PEDRO BARANDA:

AL SEÑOR LICENCIADO

DON JOAQUIN BARANDA:

Demostracion sincera de amistad.

A MI QUERIDO AMIGO

y bondadoso compañero de estudios
médicos,

DON MANUEL RAMOS.

INTRODUCCION

LA Clínica de Obstetricia es, sin duda alguna, el ramo de Medicina que más ha adelantado en México. Nuestros parteros no se han contentado con importar los conocimientos de los sabios europeos, sino que han trabajado por su cuenta dotando á la ciencia de descubrimientos ó perfeccionamientos importantes.

Descuella entre todos los parteros mexicanos el Sr. profesor D. Juan Mª Rodriguez, hombre independiente, maestro sabio y de hermoso corazon que brinda á manos llenas sus tesoros científicos y los consejos saludables de su larga práctica. Como el ilustre partero es quien regenta la escuela tocológica nacional, como él solo ha realizado aquí los progresos más positivos, quiero reseñar sus principales trabajos para probar mi aserto.

Once años hace que el Sr. profesor Rodriguez no cesa de aumentar las riquezas de la Tocología práctica nacional: en 1869 introduce la auscultacion para diagnosticar las presentaciones y posiciones, tan bien estudiada por Depaul; en esa misma época, estableciendo las leyes del acomodamiento fetal, hace de la palpacion abdominal el método más seguro y general de diagnóstico de esas mismas presentaciones y posiciones del feto; proclama la importancia de la *version por maniobras externas*, introduce en su ejecucion una interesante mejora, y la divulga ejecutándola en corto plazo repe-

tidas veces. Un poco más adelante, en 1871, *invierte*, por maniobras externas tambien, una presentacion de la extremidad pelviana en otra de vértice, coronándose de éxito tan importante maniobra y preconizándola como recurso salvador y eficaz.

Hé aquí los tres hechos más culminantes de sus investigaciones, cuya trascendencia práctica es incalculable.

En el trascurso de ese período de tiempo da reglas precisas para la administracion de los ocitócicos; presenta con maestría el tratamiento de las hemorragias; establece un método curativo eficaz de la eclamsia puerperal (como puede verse en la notable Tésis inaugural de mi amigo y compañero M. Ramos); modifica el procedimiento de Kiwisch para la dilatacion del cuello uterino; inventa un corte en la embriotomía, para aquellos casos en que no es aplicable la seccion ingeniosa del Sr. Ortega (A.); penetrado de su importancia reforma el procedimiento operatorio y facilita su ejecucion; demuestra científicamente que la kiesteina no tiene en la preñez el valor diagnóstico que le han atribuido los clásicos; hace un estudio concienzudo de la distocia en México; fija los caractéres propios de las pelvis mexicanas y la influencia que su rara disposicion anatómica ejerce sobre la extension del perinéo, el calibre del canal vulvo-uterino y la direccion del eje del estrecho inferior, etc.; señala reglas útiles para la aplicacion del forceps en las posiciones occípito-posteriores; habla con sentido práctico del pronóstico del parto agripino, al que considera de una manera nueva y distinta de la de los autores; atiende especialmente en la convalecencia puerperal á la *involucion uterina*, y es para él el nivel indicador del estado de la puérpera; cura las enfermedades intercurrentes de la gestacion como si las mujeres no estuvieran embarazadas, y

la estadística de la Casa de Maternidad, de donde es Director, proclama la bondad del método, etc., etc.

La rápida enumeracion que acabo de hacer basta para mostrar la importancia de los estudios del Sr. profesor Rodriguez, y el puesto elevado que debe ocupar en la historia de la Medicina patria.

Yo, el más humilde, pero el más imparcial de sus discípulos, siento verdadero placer y grande honra al hacer estas justas afirmaciones.

Del cúmulo de hechos clínicos que las investigaciones del Sr. profesor Rodriguez han puesto en claro, los relativos al diagnóstico de las presentaciones y posiciones por la palpacion abdominal me impresionaron, y pensé que podia ser útil escogerles como punto de tésis, máxime cuando dichos trabajos no se conocen todavía suficientemente por no haberse publicado aún la obra inédita del Sr. profesor Rodriguez, laureada por la Academia de Medicina, no para hacer de ello un estudio completo, sino únicamente impulsado por el noble deseo de divulgar más ideas prácticas trascendentales, benéficas para la humanidad, germinadas en el cerebro privilegiado de nuestro compatriota.

Debo hacer una advertencia que no está demás indicar con claridad: si en el trabajo que hoy presento á la consideracion del Jurado se encuentra importancia y utilidad, el honor pertenece á mi maestro; los errores que se noten exclusivamente son mios.

ACOMODAMIENTO DEL FETO

Breve reseña histórica.—Ideas del Sr. profesor Rodríguez, enseñadas en sus lecciones clínicas desde el año de 1869.

DESDE los primeros tiempos de la Medicina los observadores han procurado dar la explicacion de los dos hechos siguientes: 1º la frecuencia notable de los partos por la extremidad cefálica; 2º la irregularidad del abocamiento en los abortos y en los partos prematuros. Apuntar siquiera en este trabajo el considerable número de opiniones que han reinado en la ciencia para elucidar tan importante fenómeno seria difuso, pues el estrecho plan que me he propuesto solo me permite citar únicamente á los obreros, sin detallar sus tareas y mucho ménos discutirlas.

Hipócrates, el primero, dice vagamente que el producto de concepcion durante los primeros meses tiene la cabeza arriba, la extremidad pelviana abajo, el dorso hácia atrás, sostenida esta situacion por el cordon umbilical; al sétimo mes, el feto, encontrándose libre de esa traba, opera la *inversion* (*culbute*, voltereta, tumbo, vuelco), resultando la extremidad cefálica hácia abajo, que, durante el parto, busca instintivamente una puerta de salida.

Aristóteles pensó, además, en la intervencion de la gravedad; pero no se explicó acerca de este punto.

Sabios ilustres como Mauriceau, Fielding, Ould, Levret, Stein el mayor, siguieron ilustrando con sus observaciones las ideas del padre de la medicina.

Realdus Columbus protestó, el primero, contra las hipóte-

sis reinantes. Tomó en séria consideracion lo que habia enunciado el genio más vasto de la antigüedad, y despues de sus estudios en el vivo y en el cadáver desarrolla la teoría de la pesantez y la hace desempeñar un gran papel en las presentaciones de vértice, de tronco, de la extremidad pelviana, únicas situaciones que él asigna al feto.

Lamotte, Smellie, Solayrés de Renhac, Bichat y Baudelocque dan el último golpe á la vieja explicacion, y siguen las huellas de Realdus Columbus. Estos partidarios ilustres tambien dieron su contingente; pero se tiene que llegar hasta J. Matthews Duncan para ver desarrollada con brillo la teoría de la gravedad, tentadora por su sencillez. Veit opinó como el Dr. Duncan.

Paul Dubois, el primero, desde 1833, se levantó contra la suposicion de que el feto, pendiente del cordon umbilical y sumergido en las aguas amnióticas, debia estar sujeto á la ley física que lo llevase á la zona polar inferior de la matriz. El insigne maestro opuso las observaciones siguientes: 1ª Sumergiendo á fetos de edades diferentes en una vasija profunda llena de agua, y colocándoles convenientemente, se nota que sus diversas partes descienden á la par; que la region dorsal ó alguno de los hombros llegan primero, ordinariamente, al fondo de la vasija: que el tronco, por ejemplo, guarda la posicion que se le da al principio del experimento. 2ª Al tercer mes de la gestacion el cordon umbilical es más largo que el diámetro longitudinal del útero, y por consiguiente de ninguna manera puede favorecer el abocamiento cefálico. 3ª Muchas mujeres durante su embarazo se ven obligadas á conservar la posicion horizontal por más ó ménos tiempo, y á pesar de esto en ellas no hace excepcion la regla de frecuencia de las presentaciones de vértice. 4ª La estadística enseña que los abortos de los primeros meses presentan mucha irregularidad en su abocamiento; proposicion que está en contra de la teoría que se refuta. 5ª La anatomía comparada da asimismo una prueba semejante: en los animales se observa que estando el cuello uterino más elevado que el fondo de la matriz, el fenómeno en cuestion se verifica como en la especie humana.

J. Y. Simpson y P. Dubois, como A. Paré, admiten que el feto se acomoda á la forma de la cavidad que le encierra, de una manera favorable, impulsado por determinaciones voluntarias.

Credé y Kristeller, que la actividad uterina durante el embarazo es la principal causa de las presentaciones.

Scanzoni hace entrar en el problema varios factores, á saber: la forma del contenido, la del continente, la cantidad de líquido amniótico, las contracciones indolentes y dolorosas del útero, los actos reflejos del feto, y por último, la pesantez.

Cohnstein, creyendo que el acomodamiento es determinado por la circulacion fetal, deja traslucir las ideas hipocráticas.

M. P. Cazeaux dice: "... . En una palabra, el feto, contenido en un vaso cerrado, sin cesar agitado por movimientos, debe, no instintiva sino mecánicamente, ser colocado en la posicion en que las partes mas voluminosas correspondan á los puntos mas espaciosos del órgano."

Podia continuar citando las opiniones de los autores que se han ocupado de esta materia; mas, lo repito, seria difuso y nada lograria con ello. Baste lo dicho para probar la vaguedad que ha reinado en la ciencia acerca de un asunto de tanta importancia; vaguedad tal, que en niguna parte se encuentra una explicacion que satisfaga, que comprenda todos los casos. A mi entender, el Sr. profesor Rodriguez ha resuelto completamente la cuestion. Desde 1869 comienza su enseñanza práctica con la exposicion de los fenómenos de acomodamiento del feto, una de las bases fundamentales de la tocología.

Con gusto trascribo los notables conceptos del sabio profesor.

——— ———

DOCTRINA DEL SEÑOR RODRIGUEZ (*)

"Es muy interesante que médicos y parteras conozcan á fondo las conexiones anatómicas que existen entre el útero grávido y la cavidad abdominal por las relaciones que ellas tienen con la acomodacion del producto en los tres últimos meses del preñado, y aunque este conocimiento se adquiere de un modo más fácil y completo en los ejercicios clínicos, es tal su importancia, que no solo no está de más sino que consideramos necesario entrar en pormenores sobre el particular."

"La forma propia del útero en el último tercio del embarazo es la de un ovoide longitudinal, salvo aquellos casos raros en que es trasversal por conformacion congénita, segun consta de las observaciones anatómicas de Wigand, Baër, Hergott y alguna que nos es personal. Por otra parte, el músculo uterino desenvuelto es tanto más movible cuanto más se eleva en la cavidad abdominal; la accion y el destino de sus ligamentos suspensores se nulifican en esa época, y tiene de ser así por obvia razon: ninguna traba debe oponerse al desenvolvimiento del órgano gestador, y áun las vísceras del vientre y los pulmones tienen que ser desalojados más ó ménos de sus sitios propios y cederle una porcion de sus puestos respectivos, sosteniéndole, acuñándole, por decirlo así, en ciertos lugares, sin oprimirle ni incomodarle. Pero la accion sustentante de las vísceras seria completamente ineficaz si la cavidad abdominal de su parte no cooperase á mantener en sus nuevas posiciones á cuanto entónces constituye su contenido, con la tonicidad y elasticidad propias de los músculos, aponeurósis y piel que contribuyen á formarla, de lo que naturalmente resulta que se identifiquen los ejes pelvi-abdominal.

(*) Esta doctrina está literalmente tomada del Manual inédito del Arte de los partos, premiado por la Academia de Medicina.

uterino y fetal, como se observa en todas las nulíparas y en una que otra multípara. Esta compresion, metódicamente distribuida, que sin incomodar en manera alguna la evolucion uterina tiende á la conservacion de la forma natural de la matriz grávida, y á mantenerla en la situacion requerida para su final destino, el parto, de dia en dia va siendo mayor, va en aumento hasta que llega un instante en que no pudiendo física ni fisiológicamente ir más allá el desalojamiento de las vísceras, la resistencia del diafragma le obliga á descender á la excavacion pelviana, y por concomitancia mediata al producto, que por su forma misma, ovoide, como la de la cavidad que le contiene, se ve obligado tambien á acomodar la extremidad más voluminosa, la pelviana, en la más amplia de la matriz, ó sea su fondo, y la ménos voluminosa en la ménos amplia, ó sea el segmento inferior; por cuyo mecanismo, puramente dinámico, se fija definitivamente el abocamiento longitudinal del feto."

"Mas no se limita á esto solo el efecto de la compresion armónica del diafragma y de las paredes del vientre; sus destinos van más allá todavía, como se va á ver. El compartimiento anterior del ovoide uterino es más amplio que el posterior, y esto depende de que la matriz está ménos comprimida adelante que atrás; las resistencias anatómicas son con mucho superiores aquí que allí. El sosten de adelante es elástico y por lo mismo da de sí, pues le forma la pared ántero-lateral del vientre; el de atrás, al contrario, es duro y no puede dar de sí: la columna dorso-lumbar, los riñones, la masa intestinal, etc., etc. De esto resulta que el compartimiento anterior no solo sea más amplio sino tambien más cóncavo anterior que posteriormente; todo ello se comprende sin esfuerzo. Si por otra parte se estudia la forma del ovoide fetal luego se echa de ver que el plan dorsal es más voluminoso y más convexo que el esternal; de cuya disposicion se sigue que el dorso se acomoda y cabe mejor en la amplia concavidad que le ofrece el compartimiento anterior de la matriz, y el plan esternal en el posterior; de lo que resulta que las situaciones dorso-anteriores, en general, sean mucho más frecuentes que

las dorso-posteriores, y como el *promontorio* y la *columna lumbar*, por su forma y disposicion mismas, regularizan la rotacion del ovoide fetal, al encajarse oblícuamente la cabeza en el estrecho superior, porque dinámicamente no puede ser de otro modo, el tronco, sometido á la accion de la misma fuerza vése obligado á secundar armónicamente dicho movimiento, situándose de manera que el plano dorsal vea adelante, á izquierda ó derecha, y con ménos frecuencia, y por decirlo así excepcionalmente, atrás, en este ó aquel sentido, cuando la region occipital se aloja hácia las extremidades posteriores de los diámetros oblícuos del estrecho."

"El cómo la cabeza se introduce en la excavacion merece una mencion especial. Tan luego que el ovoide cefálico llega al estrecho superior, alguna de las porciones de la circunferencia sub-occípito frontal toca al promontorio; pero semejante situacion es físicamente inestable por tratarse de dos superficies curvas, una de las cuales, la correspondiente á la cabeza, *está incesantemente urgida por la potencia útero-abdominal;* la violenta situacion tiene que terminar, pues, tan pronto como el ovoide fetal sea impulsado por dicha fuerza, y gira entónces á diestra ó siniestra conforme la direccion de la resultante dinámica, deteniéndose en el acto que el diámetro sub-occípito-frontal resulte paralelo al diámetro oblícuo correspondiente. *El promontorio, por tanto, es el regulador del movimiento rotatorio de la cabeza, cual la columna lumbar lo es del relativo al tronco:* y como uno y otro son armónicos, porque son el efecto de una misma fuerza y de idéntico mecanismo, de aquí se sigue que el acomodamiento fetal se realiza adecuando, acomodando las formas correspondientes del continente y del contenido. La tonicidad y elasticidad del músculo uterino contribuyen muy eficazmente tambien á la acomodacion regular de que venimos tratando, y la prueba de ello es que luego que dichas propiedades pierden algo de su energía, y con mayor razon si la pérdida es muy notable, como acontece en las multíparas, son variables y hasta irregulares las conexiones entre el ovoide fetal y la cavidad uterina. Las pruebas de lo que aseveramos á este

respecto nos las dan ordinariamente las mujeres á quienes asistimos, tanto en la práctica civil como en la oficial, en donde ponemos de manifiesto á nuestros discípulos la influencia, para nosotros innegable hoy, *de la tonicidad del músculo uterino y de las paredes del vientre*, en todo lo relativo al acomodamiento regular é irregular del ovoide fetal, ó sean las *presentaciones y posiciones*."

"La cantidad de líquido amniótico es sin duda otro de los factores que contribuye no poco á que el acomodamiento sea regular ó irregular; pues ya sea porque su abundancia relativa aumente la movilidad del feto, ya sea tambien porque se amplía la cavidad y cambia de forma, el caso es que se nulifican, ó se modifican cuando ménos, los combinados esfuerzos de la potencia de los receptáculos porque su accion es ménos directa, y en esa virtud la resultante no puede obrar eficazmente sobre el contenido, ó áun cuando en un momento dado opere bien y regularmente el efecto no es persistente y definitivo, expuesto como queda, por la mayor amplitud, cambio de forma de la matriz y la inevitable movilidad del feto, á mudar de postura en el momento que nuevos esfuerzos en otras direcciones obligan á este último á cambiar absoluta y relativamente de situacion. En nuestros ejercicios clínicos tenemos cuidado de patentizar á nuestros discípulos la inestabilidad de las situaciones fetales en los embarazos complicados de hidropesía amniótica, y áun en los normales cuando la cantidad de líquido es proporcionalmente mayor con respecto al volúmen del feto (del 6º al 7º mes en las nulíparas y del 6º al 9º en las multíparas), ó tambien cuando tanto la matriz como el vientre son fláxidos y están desprovistos de la tonicidad propia, ó la tienen cercenada."

"El desarrollo fisiológico del feto, asimismo, es otro de los importantes factores del acomodamiento regular. Que el ovoide fetal tenga más voluminoso el extremo cervical que el pelviano y sin duda que el feto se abocará entónces preferentemente por esta region y no por aquella, áun suponiendo que en lo demás guarde la situacion favorable que hemos procurado bosquejar; y la razon es, que siendo ménos reducible la

cabeza que las nalgas, aquella y no éstas tiene que corresponder á la region más amplia de la cavidad, quiere decir al fondo, ó si el acomodamiento se verifica en sentido favorable, regular, la situacion tiene que ser inestable, porque los diámetros longitudinales de la primera, mayores que de ordinario, no embonan con los oblícuos del estrecho, y de esta falta de consonancia resulta un equilibrio inestable, que romperá más adelante la tonicidad misma del receptáculo. La mejor prueba de la verdad de lo que aseveramos es que en la *hidrocefalia*, la *macrocefalia* y el *nanismo*, v. g., los fetos habitualmente se abocan por el extremo pelviano, y cuando por excepcion no es así, se advierte en ellos una movilidad que solo es comparable con la que se observa en los casos de vicios de conformacion del estrecho superior."

"De lo que acabamos de decir se deduce que otro de los requisitos que demanda el acomodamiento regular del feto es la buena conformacion de la pélvis, y la razon de ello no puede ser más evidente. Siempre que el canal pelviano es modificado en su forma y dimensiones, los abocamientos regulares se dificultan y hasta se hacen imposibles; falta la armonía, la concordancia, la correlacion entre el volúmen y forma del contenido, y la figura y capacidad de esa parte del canal que en los últimos meses del preñado contribuye á formar la porcion baja del receptáculo. De ahí es que áun suponiendo que la potencia de la matriz y de las paredes del vientre se esfuercen en acomodar de una manera conveniente al producto, al fin el abocamiento no puede fijarse, es inestable, y la presentacion se hace irregular."

"No es indiferente, en la cuestion que dilucidamos, el que el feto esté muerto ó vivo; cuando vive tiene una forma ovoide, que se pierde tan presto sucumbe, como tambien pierde entónces la resistencia y la tonicidad vital que tanto contribuyen igualmente al acomodamiento."

"Es un hecho muy comun que cuando la placenta está implantada en la zona polar inferior de la matriz las presentaciones sean irregulares; la razon es obvia: interponiéndose aquella entre lo que se aboca regularmente y el canal, la pre-

sentacion no puede fijarse y viene la irregularidad en consecuencia."

"La excesiva cortedad del cordon umbilical, sobrevenida natural ó accidentalmente, es un elemento en contra del acomodamiento fetal; en efecto, sujeto el contenido por lazos inestensibles que no se pueden aflojar ni pueden dar de sí sin comprometer la vitalidad del producto, los movimientos reguladores del continente en vano se esfuerzan contra un cuerpo fijo, se frustra el acomodamiento por la superioridad de la resistencia, y por lo mismo la situacion irregular del feto queda establecida. Este caso es raro."

"En suma: el abocamiento regular del producto de concepcion depende además de la *potencia* de la matriz, de la conformacion normal de las cavidades uterina, abdominal y pelviana, así como de la conformacion normal del huevo en todo cuanto se refiere al desarrollo, tamaño, configuracion del producto, cantidad de líquido amniótico, insercion placentaria, y longitud del cordon umbilical. El funcionamiento fisiológico de todos los órganos en cuestion es la primera regla: solo así hay armónica relacion entre el útero y su contenido: solo así tienden á identificarse los ejes fetal, uterino y pelviano: solo así se evitan las presentaciones peligrosas, complicadas é irregulares del feto.

"Para que el abocamiento sea irregular no es absolutamente indispensable que reine un desacuerdo completo entre los factores del acomodamiento: la experiencia enseña que basta con que uno solo de ellos niegue ó retire su cooperacion, para que el desacuerdo se inicie y en consecuencia venga lo anormal en tanta mayor escala cuanto menor sea la concurrencia y la armonía de los factores. Por eso es, v. g., que en las multíparas se notan muchísimo más que en las nulíparas cambios de presentacion y posicion del feto, faltando tan solo en ellas esa dósis de tonicidad y elasticidad de las paredes del vientre y del útero que en las segundas está intacta: por eso en algunas en quienes la flaxidez es notable se advierten las ántero y látero-versiones de la matriz, y en las que dicha flaxidez es más notable todavía se ven las ántero y látero-flexiones

del órgano gestador, la alforja, el *venter propendens*, como le llaman los autores, y las eventraciones; por eso es que en las preñeces complicadas de hidropesía amniótica son tan inestables las situaciones fetales absolutas y relativas y tan comunes los abocamientos irregulares en el acto del parto; por eso es, en fin, que los fetos poco ó viciosamente desarrollados á cada paso mudan de situacion, y de un momento á otro cambian sus relaciones.—Nuestras observaciones clínicas van acordes con las de Schröeder, Schultze, Küncke, Heyesdahl, Gassner, Hecker y cuantos más se han ocupado de esta importante materia; y, comprendiendo el vivo interés que ella tiene en nuestro arte predilecto, llamamos la atencion de nuestros lectores (como hace diez años lo hicimos en la Academia de Medicina, en varios de nuestros escritos y lecciones de entónces acá), con la mira de que ocurran oportunamente á socorrer á las mujeres y eviten las deplorables consecuencias del acomodamiento irregular. Médicos y parteras tienen el deber de excitar á las embarazadas á que se presten á un reconocimiento en los tres últimos meses del preñado, en cuya época son fácilmente corregibles las presentaciones irregulares por medio de maniobras externas y otros arbitrios igualmete sencillos que dan estabilidad á los abocamientos favorables, poniéndoles así en buena vía para alumbrar natural y felizmente. Las ventajas de la práctica que aconsejamos se palpan en la Casa de Maternidad, donde los alumnos con frecuencia tienen ocasion de comparar los resultados dichosos de una buena direccion, con los adversos que de afuera nos llegan faltos de ella por desgracia."

"*Para nosotros el único abocamiento irreprochablemente regular es el de vértice en las posiciones occipito-anteriores derecha ó izquierda* (2ª y 1ª); en cuanto á las demás longitudinales, si bien los fenómenos mecánicos del parto, verificados con la debida regularidad, garantizan hasta cierto punto la salida del producto de concepcion, las dificultades y peligros de que se acompañan con frecuencia nos obligan á considerarlas de diversa manera, sobre todo, si como suele acontecer, llegan al grado de demandar la intervencion para ayu-

dar á la naturaleza, sobreponerse á los obstáculos ó desviar los peligros, sean cuales fuesen."

Hasta aquí he considerado la cuestion de una manera general; la obra inédita del Sr. Rodríguez me ha suministrado rico material para su resolucion. Réstame en el siguiente brevísimo resúmen señalar las particularidades de cada una de las presentaciones del feto, advirtiendo que la clave del mecanismo del acomodamiento queda expuesta precedentemente. Por sus aplicaciones prácticas solo considero este fenómeno del 7º al 9º mes del embarazo.

Abocamiento cefálico.—Es el único fisiológico, el que realiza las condiciones del acomodamiento (véase la exposicion general); se le observa más comunmente en las nulíparas.

"¿En virtud de qué mecanismo se hace el acomodamiento de la cabeza? Los diámetros largos del feto descienden paralelamente á los diámetros oblícuos de la pélvis, y salen paralelamente á los longitudinales. Para que lo primero se verifique es necesario que la pélvis misma experimente algun cambio en su forma, y esto es lo que efectivamente hace la naturaleza. Las sínfisis pelvianas sufren cierto grado de reblandecimiento durante el embarazo, lo que permite que los huesos ilíacos deslicen el uno sobre el otro de manera que el estrecho superior, que tiene la forma de un óvalo de gran diámetro trasversal, afecte despues esta misma forma, pero de gran diámetro oblícuo, y fisiológicamente se produce entónces la disposicion de la pélvis oblícua-ovalar de Nægelé. Y aunque en el canal huesoso el diámetro oblícuo del estrecho superior ($0^{m}.135$) es mayor que el trasverso ($0^{m}.125$), en la pélvis revestida de sus partes blandas propias el diámetro oblícuo es menor, y por tanto, para que el diámetro occípito-frontal ú occípito-bregmático puedan descender paralelamente á él se necesita la modificacion de que hemos hablado. Cuando por cualquier motivo este cambio no se verifica la parte presentada no puede acomodarse, y se comprenden desde luego todas las dificultades del parto. Como la cabeza misma es la que, obrando á manera de cuña, se va abriendo paso, amoldando y produciendo las modificaciones en la

forma del canal que ya hemos referido, resulta que una de las causas de la no produccion de estos cambios es la presentacion pelviana, pues la extremidad de este nombre, por su misma forma irregular, es impropia para reemplazar á la cabeza y procurar aquellas modificaciones tan favorables al mecanismo de la acomodacion y del parto. Esto mismo nos está indicando claramente la necesidad de remediar con tiempo la presentacion pelviana, á fin de que la cabeza llevada al estrecho superior disponga del tiempo suficiente para desempeñar su importantísimo papel.—En cuanto al diámetro oblícuo de la pélvis que debe alargarse es fácil deducirlo de la posicion del feto; será el diámetro oblícuo derecho en las posiciones 2ª y 4ª (o. i. d. a. y o. i. i. p.), y el izquierdo en las 1ª y 3ª (o. i. i. a. y o. i. d. p.) de la extremidad cefálica."

"El no encajamiento de la cabeza fetal en las multíparas, fenómeno comun, se explica especialmente por la relajacion de las paredes abdominales. Es muy frecuente observar en una misma mujer que miéntras que en sus primeros partos ha habido presentaciones francas de vértice doblado, en los subsecuentes se vayan presentando las situaciones anormales del feto, tales como de la extremidad pelviana, inclinadas, de tronco, de cara." (Lecciones clínicas de Obstetricia por el señor profesor D. Juan María Rodríguez, recogidas por mi distinguido compañero y amigo D. Manuel Ramos.)

"Abocamiento facial.—La actitud del feto se modifica: la cabeza está extendida y apoya por su region frontal sobre uno de los cuatro puntos de referencia del estrecho superior (las dos eminencias íleo-pectíneas y las dos sínfisis sacro-ilíacas), el resto del cuerpo está encogido. Se observa ántes y despues del principio del parto, de donde viene la distincion de abocamiento *primitivo* y *consecutivo*."

"Durante los fenómenos del acomodamiento cervical, la cabeza, urgida por las contracciones reguladoras, encuentra en el estrecho superior algun obstáculo que la desdobla, que la extiende, é incontinenti la presentacion facial queda *primitivamente* constituida. Tropezando la region fronto-bregmática contra un punto resistente del estrecho superior, ya por irre-

gularidad, ya por mala direccion de la resultante de las contracciones uterinas, la cabeza desde luego se encaja y se acomoda extendida, y, en consecuencia, el abocamiento facial es primitivo, definitivo, áun supuesta normal la forma de la cabeza y de esa parte del canal pelviano. En suma; el abocamiento facial resulta del cervical frustrado, y rarísima vez se observa en las nulíparas; lo que demuestra una vez más el importante papel que en el abocamiento representa la tonicidad íntegra, perfecta, de las paredes abdominal y uterina."

"El abocamiento facial es consecutivo en dos circunstancias: 1ª Cuando iniciados los fenómenos mecánicos del parto en el abocamiento cefálico franco, por oblicuidad del eje del producto, ó por oblicuidad de la direccion de la resultante de las fuerzas, el extremo posterior del diámetro *sub-occípito-frontal* sube en lugar de bajar; lo que equivale á extender la cabeza y no á doblarla. 2ª Cuando avanzando el trabajo del parto el extremo posterior del diámetro *sub-occípito-bregmático* tropieza contra cualquier obstáculo que le impide continuar bajando, ya sea que el obstáculo esté arriba, ya abajo de la region occipital. Este fenómeno, tan raro como sorprendente, solo es susceptible de acontecer cuando el canal pelviano es muy amplio, sea por desarrollo ó conformacion natural, sea por efecto de la multiparidad."

Los autores han invocado otras causas, como *la pequeñez del producto, la dólico-cefalía (cabeza alargada), la hidropesía del amnios*, cierta oblicuidad de la zona polar inferior de la matriz, etc.; pero yo, secundando las ideas del señor profesor Rodríguez, creo que algunas de ellas intervienen muy secundariamente en el fenómeno, que otras son meras suposiciones, y que todas no bastan para explicar el abocamiento de que se trata.

Baudeloque, Chailly, Matthews Duncan, M. Pinard, etc., no admiten las presentaciones primitivas de la cara. Yo, al contrario, apoyado en las observaciones necroscópicas de Mme. Lachapelle, en los estudios prácticos de M. Dubois y en las notables investigaciones del Sr. Rodríguez, afirmo y acepto su existencia. En efecto, dicho profesor ha tenido varias veces

oportunidad de diagnosticar, por su procedimiento de la palpacion abdominal, las presentaciones de cara, del 7º al 9º mes del embarazo; y á mayor abundamiento los concurrentes á la Maternidad en el presente año (1879) hemos podido observar y estudiar dos hechos comprobantes.

"La causa ocasional de esta presentacion es la oblicuidad del eje fetal ó la del eje útero-fetal, bien identificados respecto de los ejes uterino y abdominal en el primer caso, *abocamiento primitivo:* y solo con relacion al abdominal en el segundo, *abocamiento consecutivo;*" ha dicho el Sr. Rodríguez.

La clínica confirma dia á dia los principios fundamentales de la doctrina del Director de la Maternidad. En su Manual inédito del Arte de los partos, ya citado, encuentro lo que sigue: "En la mayor parte de las trasformaciones de abocamiento pelviano en cervical que hemos ejecutado de diez años á esta parte, el resultado *inmediato* ha sido una *presentacion facial*, que despues y por maniobras tan inocentes como sencillas que más adelante describirémos, hemos convertido en cervical. Pues bien; en esta maniobra bi-polar hemos sentido con toda claridad cuándo la region frontal se desliza por el estrecho superior, baja y se encaja en la excavacion, y cuándo se detiene *extendiéndose* porque aquella region tropieza con algun obstáculo situado á la entrada del canal hácia la mitad anterior del estrecho abdominal. Que la potencia acomodativa sea natural ó artificial, el mecanismo de la extension de la cabeza tiene de ser el mismo, quiere decir, la dificultad de hacer entrar dentro del canal á la region fronto-bregmática, dificultad superable, corregible, cuando existe una exacta correlacion entre el tamaño de la cabeza y la capacidad del canal pelviano, y se opera con la debida oportunidad; ó lo que viene á ser lo mismo, cuando las condiciones son favorables (diagnóstico á tiempo y movilidad del ovoide fetal)."

Abocamiento de la extremidad pelviana.—Debe estudiarse en las nulíparas y en las multíparas. En las primeras la presentacion es fija, es decir, que el esfuerzo acomodador, insuficiente para voltear al producto y ponerle de cabeza, le mantiene en la que le encuentra, de nalgas, eficazmente ayu-

dado por la accion combinada de los músculos abdominales. En efecto; la clínica enseña que en las nulíparas examinadas consecutivamente desde el 7º mes del embarazo en adelante se observa la presentacion de que se trata de una manera invariable, y cuando más se pone algo oblícua, pero transitoriamente, puesto que al iniciarse las contracciones dolorosas de la matriz, la tendencia á la rectificacion de los ejes se establece y el feto se aboca francamente por la extremidad pelviana. Como se verá adelante, y es de pública notoriedad, en la Clínica de Obstetricia no se espera ni con mucho ese momento, sino que cuan presto se hace el diagnóstico del abocamiento pelviano se ejecuta la *inversion del feto*, se le fija en su nueva posicion, y se le mantiene en ella por medio de la cincha ó vendaje de vientre empleado por el Sr. Rodríguez, con cuyo artificio sencillísimo se suple en el continente la tonicidad y elasticidad de que naturalmente carece, ó se corrige una mala conformacion para acomodar convenientemente al contenido, ó se ponen, cuando ménos, los medios para que se realice el parto fisiológico por excelencia, el de vértice.

Acerca de materia tan importante casi ninguna nocion precisa se encuentra en los autores: sin embargo, Mr. Pinard muy recientemente se ha ocupado de ella. Hé aquí sus palabras: "La causa, ó más bien dicho las causas de esta acomodacion anormal residen, ya en el volúmen exagerado de la cabeza fetal (hidrocefalía), ya en la falta de desarrollo de todos los elementos que constituyen la extremidad pelviana, cuando la cabeza tiene un desarrollo considerable sin ser patológico, como lo he podido notar en varias circunstancias tomando con cuidado las medidas de las diversas partes fetales: quizá, tambien, en una mala conformacion uterina, de la que resulta un desarrollo más marcado del segmento inferior del útero que del superior."—En fin, como esta variedad se observa sobre todo en las primíparas, no tengo obstáculo en admitir que en un momento dado de la gestacion, el feto, que hasta entónces habia evolucionado libremente en todos sus ejes, *se encuentra sorprendido con la cabeza hácia arriba*, cuando por razon del crecimiento la extension de su gran

diámetro longitudinal es mayor que las dimensiones trasversa y ántero-posterior del útero; sobre todo cuando la tonicidad de la pared uterina y de la pared abdominal, que cubre á la primera, se oponen al aumento del diámetro." Permítaseme examinar la opinion del Profesor adjunto de la Facultad de Paris. La primera parte de la explicacion que da Mr. Pinard satisface; pero, sin embargo, la que desde 1869 ha dado nuestro profesor de Clínica satisface más: (léase en la pág. 16 la parte relativa que dice: "El desarrollo fisiológico del feto, etc.") En cuanto á la influencia de la forma especial del útero, considerada tambien por el Sr. Rodríguez de una manera más afirmativa, ha sido vagamente supuesta por otros observadores: (Velpeau, Grenser, W. S. Playfair, etc.) Este elemento contribuye con más frecuencia que el anterior á la produccion del fenómeno.—En fin, Mr. Pinard cree que en un momento de la gestacion el feto es *sorprendido* con la cabeza hácia arriba, y que, teniendo su eje longitudinal una extension mayor que los diámetros trasverso y ántero-posterior del útero, aquel no puede invertirse, máxime cuando la tonicidad de las paredes uterina y abdominal impidan el ensanchamiento de los citados diámetros de la matriz, constituyéndose definitivamente así el abocamiento pelviano.—Difiero completamente de esta manera de ver de Mr. Pinard: por más esfuerzos que hago no puedo imaginarme esa *sorpresa*, tratándose de hechos subordinados á las leyes dinámicas que presiden y rigen al grande, al importante acto del acomodamiento del feto, precursor de su ulterior salida. En efecto; el producto de concepcion áun en el último mes del embarazo, y áun en las nulíparas, por las solas fuerzas contráctiles del órgano gestador es susceptible de cambiar de posicion, de girar alrededor de su gran eje, siendo la tonicidad y elasticidad de las paredes útero-abdominales y la relacion recíproca de los diámetros útero-fetales físicamente domables. La Clínica confirma estas verdades: 1º Las crónicas obstetriciales citan varios casos en los cuales fué exactamente reconocida la presentacion pelviana en meses mayores (7º 8º y 9º) subsistente hasta el fin del embarazo en mujeres nulíparas, y al iniciarse

el trabajo ó en el trascurso de él, por solo el esfuerzo de las potencias fisiológicas, los observadores han visto *invertirse* la presentacion saliendo el feto por la extremidad cefálica.—2º Fundada en esto, que proclama abiertamente la posibilidad de poderse sustituir un abocamiento por otro, la escuela tocológica mexicana, no solo intenta, sino que logra *invertir* el abocamiento pelviano en su antípoda el cefálico, en multíparas y nulíparas, sin embargo de que en estas últimas el útero y las paredes abdominales disfrutan de toda la tonocidad. de toda la elasticidad propias y casi exclusivas de la nuliparidad. En suma; yo creo que la última parte de la explicacion de Mr. Pinard no es admisible para todos los casos, siéndolo tal vez respeto de algunos, en muy corto número por cierto. Aceptarla en toda su extension equivaldria á restringir la benéfica é interesante *inversion* por maniobras externas, cual lo hace dicho profesor en la página 208 de su obra titulada: "Traité du palper abdominale," diciendo que está contraindicada la version por dicho mecanismo: 2º En las presentaciones pelvianas, sobre todo en las primíparas;" contra cuya aseveracion, puramente teórica y gratuita, protesta el Sr. profesor Rodríguez, y protestamos tambien cuantos secundamos los preceptos y práctica de nuestro maestro.

En las multíparas se ve con más claridad el mecanismo de la presentacion de que me vengo ocupando. Aquí el músculo acomodador, y las paredes abdominales con especialidad, habiendo perdido cierta cantidad de su resorte elástico y otras propiedades físico-fisiológicas, constitúyense por eso en causa culminante del abocamiento pelviano: de aquí resulta la gran movilidad de la matriz y de su contenido, y la tendencia á la irregularidad de la presentacion. Con frecuencia la clínica ofrece casos que plenamente confirman estas aseveraciones. Débense contar entre las causas eficientes todos aquellos estados que por dilatar considerablemente la cavidad uterina impidan al músculo acomodador desempeñar sus funciones con la debida regularidad (hidropesía amniótica, preñez múltiple, etc.) Ciertos estados del feto como su pequeñez, su muerte, la cortedad exagerada del cordon, pueden influir tam-

bien, pero más excepcionalmente. Excusado es decir que en la práctica pueden presentarse nulíparas en quienes el acomodamiento anormal del feto esté bajo la dependencia de las mencionadas causas secundarias. Se ha observado (Velpeau) que en ciertas mujeres esta presentacion se repite varias veces; circunstancia que sin duda depende, además de las causas señaladas, de una particularidad en la forma del útero, v g. que la zona polar inferior sea naturalmente más amplia que la superior.

Abocamiento trasversal ó de tronco.—En las nulíparas el elemento *forma del útero* desempeña un papel de primer órden. El mayor desarrollo trasversal de la matriz (Wigand, Herrgott) obliga al feto á acomodarse en una direccion determinada: su eje longitudinal se identifica con el trasverso del útero, y el paralelismo de los tres ejes, *conditio sine qua non* del acomodamiento regular, no existe. M. Polaillon, en 1877, dice M. Pinard, "ha mostrado que en estos casos no era raro encontrar en la cavidad uterina una saliente en forma de espolon, una especie de tabique incompleto que divide el fondo de la matriz en dos partes con frecuencia desiguales, y da á todo el órgano una forma bilobada." Dando por cierta la observacion de Mr. Polaillon, y suponiéndola exacta en todas sus partes, con el Sr. profesor Rodríguez creo, sin embargo, que ella no puede dar cuenta del abocamiento trasversal en la serie de casos, mucho más numerosa á fé, en que ese repliegue, ese *septum* ó tabique, no exista hácia el fondo del útero; otro tanto digo con respecto á la influencia que se atribuye á la forma bilobada que resulta de semejante conformacion anormal. Por otra parte; para que una anomalía semejante pueda determinar el abocamiento de tronco, preciso es suponer, primero, que el tabique tiene ciertas dimensiones, y segundo, que es inflexible, rígido é inestensible, capaz de oponer una gran resistencia al empuje de la matriz durante el trabajo del acomodamiento; y ambos supuestos, por más que se diga, es muy difícil que se hayan reunido en los *no raros casos* á que alude M. Polaillon, tan escasos en México que todavía no se ha podido ver uno solo.

Además de la influencia de la forma del útero en el abocamiento trasversal, hay otras que producen el mismo efecto. —Toda circunstancia que dilate considerablemente la cavidad del útero, como la hidropesía amniótica, la preñez múltiple: la pequeñez del producto, los vicios de conformacion de la pélvis que impiden el encajamiento de la cabeza, etc., son causas ocasionales de abocamiento trasversal. En resúmen: en las primíparas la presentacion de tronco reconoce por causas, en primer lugar, la forma especial del útero; en segundo, la insuficiencia ó falta de cooperacion de otros factores; quiere decir, todo estado que dilate al útero más allá de la normalidad y todo obstáculo que se oponga al encajamiento cefálico. (Véase la precedente exposicion general.)

En las multíparas varios son los elementos que entran en juego. Huyendo de las repeticiones solo apuntaré los principales. Más que en ninguna otra presentacion, en la de tronco, el desacuerdo, la anarquía entre los factores del acomodamiento, es un hecho. El benéfico sosten y la tension saludable con que las paredes abdominales brindan al músculo acomodador en el estado fisiológico, están menguados y hasta abolidos muchas ocasiones; los músculos y demás tejidos que las constituyen, una vez disminuida ó perdida su elasticidad, su tono fisiológico, y sus relaciones, por tanto como dan de sí en cada embarazo, no pueden dar su contingente. En tal estado la pared del vientre, fláxida, sin resortes, no ayuda al útero en el desempeño de su importante funcion, y cuando en algunos casos la matriz, aunque volviendo sobre sí misma durante cada involucion y procurando restablecer la normalidad, llega á estar gastada de tal manera que su forma se modifique (se hace más amplia su cavidad y sus paredes se adelgazan por consiguiente), entónces la armonía no existe, y la presentacion irregular, digámoslo así, es su consecuencia necesaria.

Los vicios de conformacion del canal pelviano, la insercion de la placenta en la zona polar inferior, que impidiendo el encajamiento de la extremidad cefálica hacen que ésta se dirija y aloje en una de las fosas ilíacas, donde encuentra mayor espacio para acomodarse, determinan el abocamiento

oblícuo y trasverso. Por último; en la fórmula general que se ha dado precedentemente están comprendidos otros factores que ocasionan ó determinan dicho abocamiento; esto me evita el insistir más en ello.

Con alguna frecuencia he visto en la Casa de Maternidad casos terribles de distocia, venidos de fuera, en los cuales el feto se abocaba de tronco, posicion consecutiva únicamente debida á la accion tetanizante de los ocitócicos sobre el músculo gestador, y á los malos tratamientos que habian esas infelices mujeres recibido de manos bisoñas ó audaces. En semejantes circunstancias, el útero retraido y sin las aguas amnióticas, encarcela al feto, le mata, impide su extraccion, y obliga á emprender operaciones cuyas consecuencias son generalmente causa de la muerte de la madre.

Conocido ya el mecanismo del acomodamiento, el por qué de las presentaciones del feto, tan importante estudio conduce naturalmente á aprovechar sus datos para entrar de lleno en el del diagnóstico por la palpacion abdominal, procedimiento precioso que los trabajos del Sr. profesor Rodríguez han elevado há tiempo entre nosotros á la categoría de medio de investigacion más perfecto que la auscultacion y el tacto vaginal.

DIAGNOSTICO CLINICO

de las presentaciones y posiciones del feto por medio de la palpacion abdominal.
Procedimiento del Sr. profesor Rodríguez.

Sinópsis de las presentaciones y posiciones del feto.—La palpacion abdominal en México; su origen; la manera de practicarla; es el medio de diagnóstico más general.—Cuadros metódicos de la palpacion abdominal y de la auscultacion.

"El conocimiento exacto de las diversas situaciones del feto y de los admirables movimientos que el útero le obliga á ejecutar durante el parto eutócico, son la base de las reglas que sirven de norma en los casos de distocia ya previstos y de clave en las situaciones imprevistas; *el único fundamento racional sobre que pueda apoyarse la intervencion, cualquiera que sea, en los partos difíciles, peligrosos é imposibles.* La experiencia enseña que en casos de esta especie solo con su auxilio es posible apropiar á la naturaleza del obstáculo con que se tropieza la solucion más conveniente. El éxito de la ejecucion queda confiado despues á la destreza del operador."

"Cada uno de los diámetros oblícuos del estrecho superior divide á éste en dos mitades ó regiones: el derecho en region *iliaca-izquierda-anterior* é *iliaca-derecha-posterior;* el izquierdo en *iliaca-derecha-anterior* é *iliaca-izquierda-posterior.*"

"Un plano trasverso divide al ovoide fetal en dos regiones, *cervical* y *pelviana;* otro longitudinal mediano, en dos laterales, llamadas costados *derecho* é *izquierdo.* Cada una de ellas es susceptible de abocarse con el estrecho superior y este abocamiento se denomina PRESENTACION.

"Se llama POSICION á la relacion que existe entre un punto determinado de la region presentada y cualquiera de los cuatro que sirven de mira en el estrecho superior, á saber: las *dos eminencias íleo-pectíneas* y las dos *sinfisis sacro-iliacas*. Los puntos de mira de las regiones presentadas son: el *occipital*, si se presenta doblada la region cervical; el *frontal*, si se aboca extendida; el *sacro*, en la presentacion pelviana (las llamadas presentaciones de *piés* y de *rodillas* se consideran únicamente como procidencias de ésta); el *acromio derecho* en la del hombro derecho, y el *izquierdo*, en la del hombro homónimo."

"Teniendo hoy (1878) mayor acopio de datos clínicos nacionales respecto de la frecuencia relativa de las posiciones del feto que cuando hice la primera edicion de mis cuadros, el año de 1871, he creido necesario corregirles en esta parte poniéndolas en el órden siguiente: 1ª ilíaca-izquierda anterior, 2ª ilíaca-derecha anterior, 3ª ilíaca-derecha posterior, y 4ª ilíaca-izquierda posterior."

"En cuanto á la frecuencia relativa de las presentaciones, se observa: 1º la de *vértice;* 2º la de la *extremidad pelviana:* 3º la de *tronco* y 4º la de *cara*."

PRESENTACIONES		POSICIONES
VÉRTICE DOBLADO	Occipito	Ilíaca izquierda anterior. Ilíaca derecha anterior. Ilíaca derecha posterior. Ilíaca izquierda posterior.
PELVIANA	Sacro	Ilíaca izquierda anterior. Ilíaca derecha anterior. Ilíaca derecha posterior. Ilíaca izquierda posterior.
HOMBRO	Acromio	Ilíaca izquierda dorso-anterior. (1ª del hombro derecho.) Ilíaca derecha dorso-anterior. (1ª del hombro izquierdo.) Ilíaca derecha dorso-posterior. (2ª del hombro derecho.) Ilíaca izquierda dorso-posterior. (2ª del hombro izquierdo.)
VÉRTICE EXTENDIDO	Fronto	Ilíaca izquierda anterior. Ilíaca derecha anterior. Ilíaca derecha posterior. Ilíaca izquierda posterior.

CUADRO MNEMÓNICO

PRESENTACIONES	POSICIONES
OCCÍPITO, SACRO, ACROMIO Y FRONTO	Ilíaca izquierda anterior 1ª Ilíaca derecha anterior 2ª Ilíaca derecha posterior 3ª Ilíaca izquierda posterior 4ª

(*Profesor Rodriguez*, Guía clínica del arte de los partos.)

La primera idea que tuve al trascribir el cuadro anterior fué hacer el juicio crítico de los trabajos europeos, señalar las épocas de su progreso y *statu quo*, citar á los trabajadores, desde Mercurius Scipio y Rœderer hasta M. Pinard, y dando á cada adelanto su lugar correspondiente hacer resaltar los estudios mexicanos que, nacidos en 1869, han llegado á un grado de perfeccion admirable; pero hé aquí que me he visto obligado á retroceder ante una tarea tan larga que no cabria en los estrechos límites de una tésis inaugural. Señalado este hueco que puede llenarse con la lectura de los clásicos y del libro de M. Pinard, debo advertir, que teniendo por único objetivo la utilidad práctica, solo trataré esta cuestion bajo un punto de vista esencialmente clínico aplicable á la cabecera de las embarazadas, dejando á un lado, por consiguiente, toda concepcion especulativa.

Sin embargo; permítaseme abrir aquí un peréntesis para dejar consignada la circunstancia que indujo al Sr. Rodríguez á importar la *auscultacion obstetricial*, y completar, perfeccionar é introducir á la práctica nacional la *palpacion abdominal* como medios de diagnóstico de las presentaciones y posiciones del feto.

En el año de 1869, y de resultas del triunfo obtenido por el Sr. Rodríguez en la oposicion á la cátedra de clínica de Obstetricia, uno de sus competidores, descontento, levantó el tolle tolle contra la Casa de Maternidad, aseverando que, tanto el Director del establecimiento, como los alumnos, no iban á ocuparse de la ciencia, sino que se servirian del tacto para satisfacer curiosidades reprobadas. Tamaña calumnia se desmentía por sí sola, y el buen criterio público mantuvo incólume la honra de la Casa de Maternidad. Pero el Sr. Rodríguez, tan celoso de su arte predilecto como de su reputacion, quiso dar científicamente el más solemne mentís al gratuito detractor. Desde luego importó de la culta Europa el método diagnóstico de M. Depaul, y en seguida, dedicándose á pacientes y delicadas investigaciones, complementó y perfeccionó el valioso procedimiento de la palpacion obstetricial, apénas insinuado por uno que otro autor para darse cuenta algunas

veces de la situacion fetal. El éxito más lisonjero coronó sus estudios, y los alumnos de clínica de obstetricia de ese mismo año admiraron el descubrimiento del maestro, aprendieron *de visu* que las presentaciones y posiciones del feto se podian determinar á través de las paredes útero–abdominales por solo la aplicacion metódica de las manos. Varios médicos dieron fé y secundaron el progreso, y desde entónces los alumnos que han recibido su instruccion en la Casa de Maternidad y en las lecciones particulares del Sr. profesor Rodríguez están convencidos de su utilidad práctica incontestable. Testigos de esos esfuerzos y trabajos de nuestro partero, desde aquella época, han sido muchos profesores como los señores D. Miguel Jimenez, Espejo, Carmona y Valle, Dominguez, Bandera, Chacon, Torres(I), Velasco (I.), Gutierrez (Rosendo), San Juan, Capetillo, Segura, Vértiz (D. José María y D. Ricardo), otros varios que podria citar, y el Dr. D. Genaro Alcorta, que, alumno de la clínica el año de 1868, pudo ver la transicion de las antiguas á las modernas ideas.—Queda, pues, establecido que hace once años se emplea en México la *palpacion abdominal* como medio de diagnóstico.

Antes de pasar adelante debo de advertir que considero la cuestion del 7º al 9º mes del embarazo, porque entónces la actitud fetal es definitiva, salvo ligeros cambios; las ralaciones recíprocas entre el músculo acomodador y su contenido son poco ó nada variables; en una palabra, existe el acomodamiento fetal: ántes de esos meses el útero áun no ha acomodado al producto, y siendo muy variable la situacion de él no hay interés práctico en determinarla.

Préviamente vaciados el recto y la vejiga, como para toda operacion tocológica, y si es posible escoger una hora en que el estómago no esté lleno de alimentos, se acuesta á la mujer en el decúbito dorsal próxima al borde de la cama donde se coloque el observador, con la cabeza descansando en una almohada de manera que la respiracion sea franca, los miembros superiores á lo largo del cuerpo, el vientre libre de toda constriccion, descubierto desde el púbis hasta el epigastro (práctica hospitalaria) ó únicamente velado por

un lienzo (práctica civil): los miembros inferiores en la semiflexion y separados de manera que queden relajados los músculos abdominales y haya espacio suficiente para la exploracion de la gran pélvis y de la excavacion. M. Pinard cree que en esta situacion la mujer tomando punto de apoyo en la region sacra, tiende los músculos que se trata de relajar y el manual operatorio se encuentra entorpecido, por cuya razon prefiere la actitud extendida de los miembros inferiores; yo creo, al contrario, que la semiflexion afloja los músculos, y en cuanto al punto de apoyo que da lugar al esfuerzo, como este es un acto voluntario, con solo recomendar á la mujer que no puje queda subsanada la dificultad. Por otra parte la extension de las palancas inferiores, además de contraer la pared abdominal, primer inconveniente, se presta á exagerar ese movimiento con el más leve pretexto de excitacion exterior; en fin, se recomienda á la mujer que permanezca en el mayor reposo. Hecho esto, el partero se coloca al borde izquierdo de la cama en la mayoría de casos, ó al derecho, á nivel de la region umbilical, y principia el exámen:* 1º se da cuenta del espesor, sensibilidad y tension de las paredes abdominales haciendo un gran pliegue con una ó las dos manos, 2º, flexibles y extendidas las manos sobre la region umbilical, se deslizan suavemente en sentido contrario de manera que limiten el diámetro longitudinal y despues el trasverso del tumor. Luego, impuestas siempre ambas manos sobre el vientre, se estudia la consistencia, el volúmen, la situacion, la forma y la direccion de dicho tumor, apreciando por la palpacion dónde hay resistencias mediatas, la forma de ellas y sus dimensiones, así como dónde no las hay, en cuyo sitio deberán buscarse la sensacion quística, las desigualdades fetales y el máximum de los movimientos propios del feto. La experiencia enseña que estos caractéres pertenecen exclusivamente al útero grávido, por lo que creo exagerado el temor de quienes, con MM. Pajot y Tarnier, creen

* Para esta investigacion, como para cualquiera operacion obstetricial, el partero debe cuidar que sus manos no esten frias.

que la vejiga repleta de orina puede ser tomada equivocadamente alguna vez por la matriz desarrollada, por la circunstancia sola de *contraerse* por excitacion directa. M. Pinard añade que dos veces ha observado claramente que un fibroma subperitoneal unido al útero por un delgado pedículo puede contraerse bajo la mano: suponiendo cierta la observacion, creo que los caractéres antedichos bastan para distinguir un útero grávido, de una vejiga repleta y de una fibroma subperitoneal (?).

Si durante este primer tiempo de la exploracion sobreviene una contraccion uterina, lo que se conoce porque cambia la consistencia de la matriz y un cuerpo globuloso, duro, se dibuja al través del vientre, *se debe suspender el exámen y esperar hasta que dicho órgano entre en reposo.* Esto mismo se hará cuantas veces se presente el fenómeno; obrar de otra manera seria imprudente, porque, además de frustrar la observacion puesto que en esas circunstancias las percepciones son oscuras, podria excitarse la accion de la contractilidad orgánica *azuzando* al músculo gestador. *y esto nos está enteramente vedado.* (Rodríguez).

En seguida, con la mano derecha extendida (si el partero está á la izquierda de la mujer). ó con la izquierda (si está á la derecha). y formando con el pulgar, por una parte, y con el índice y los otros dedos, por otra, un compás de espesor, se va á buscar la cabeza en el hipogastro, tocando y examinando de paso las ramas de los púbis, que sirven de punto de referencia. Hallada la cabeza (esferoide duro y no depresible) fija, cuando está encajada, y móvil, cuando no lo está, en el estrecho superior, dirigida á izquierda ó á derecha. reduciendo el compás se busca si inmediatamente le sigue un cilindroide delgado (nuca), ó un hundimiento angular (region occípito-dorsal): imponiendo luego las manos más arriba se averigua si á una ú otra de dichas regiones sucede un cilindroide más voluminoso (dorso), y. por último, si éste remata en un tumor grande, depresible é irregular (extremidad pelviana). Es de advertir que una vez encontrada la resistencia dorsal. comprimiendo allí con ambas manos y adelantándolas

y retirándolas sucesivamente con suavidad y lentitud, se siente con la claridad apetecible que una superficie móvil y lisa resbala sobre otra resistente é igualmente tersa, lo que depende de que por medio de este ingenioso artificio se hace deslizar la pared útero–abdominal por la espalda del producto. Por último; continuando la palpacion se sienten hácia la region uterina opuesta á la dorsal, la *sensacion quística, las desigualdades fetales* (pequeños cuerpos móviles, redondeados ó irregulares) y muchas veces los *movimientos propios del producto* (choques, sobresaltos, deslizamientos).

En lo que precede he expuesto, en general, los casos más comunes (posiciones anteriores del abocamiento cervical) con objeto de dar una idea clara del modo de practicar la exploracion. Pasaré ahora á detallar todo lo relativo á la palpacion abdominal en cada una de las posiciones y presentaciones del producto.

PRESENTACIONES Y POSICIONES DE LA EXTREMIDAD cefálica ~~PELVIANA~~.

1ª Occípito-ilíaca izquierda anterior.—El diámetro longitudinal del útero es mayor que el trasverso. Se encuentra la cabeza encajada en el estrecho superior (muy especialmente en las nulíparas), ó móvil en ese punto, ó cerca de una de las fosas ilíacas, particularmente en las multíparas, en las cuales, como ántes he dicho, los factores del acomodamiento fetal se encuentran menguados. En el primer caso la cabeza está inclinada hácia la izquierda, dirigida en la direccion del diámetro oblícuo izquierdo de la pélvis, el occipital en la eminencia íleo-pectínea izquierda (accesible á la exploracion), la frente en relacion con la sínfisis sacro-ilíaca derecha (inaccesible á la palpacion, diga lo que quiera M. Pinard), la circunferencia sub-occípito-frontal en relacion con la del estrecho. A la cabeza sigue un cilindroide pequeño, depresible *(nuca)* y á éste, un cilindroide mayor, de igual consistencia que el anterior.

colocado á la izquierda y en direccion de una línea tirada de la fosa ilíaca correspondiente al hipocondrio homónimo *(region dorsal)*, rematando en un tumor voluminoso, depresible, situado en el fondo del útero, en la línea média ó á la izquierda *(extremidad pelviana)*. En el compartimiento opuesto del útero se encuentran la *sensacion quística, las desigualdades fetales, los movimientos del producto:* caractéres propios del plan esternal. En resúmen: el feto está en el compartimiento anterior izquierdo del útero, tiene la cabeza abajo, la extremidad pelviana arriba, el dorso adelante y á la izquierda, el plan esternal atrás y á la derecha, el costado derecho adelante y á la derecha, el costado izquierdo detrás y á la izquierda, el occipital en relacion con la eminencia íleo-pectínea izquierda, el frontal con la sínfisis sacro-ilíaca derecha, la circunferencia sub-occípito-frontal con la del estrecho superior, la sutura sagital en direccion del diámetro oblícuo izquierdo de la pélvis, la fontanela anterior atrás y á la derecha.

Se comprende que en los casos de multiparidad, hidropesía amniótica, fetos múltiples, aislados ó adherentes, las relaciones señaladas se alterarán en tanta mayor escala cuanto más se pierda la armonía entre los factores del acomodamiento. En estas circunstancias la palpacion abdominal suministra preciosos datos, con tal de que el partero corrija las irregularidades que encuentre. Así, si observa que el vientre está en forma de *alforja*, ántes de comenzar la exploracion debe procurar la identificacion de los tres ejes, lo que consigue levantando el vientre y sosteniéndole en la posicion normal hasta darse cuenta de la situacion absoluta y relativa del producto; si una hidropesía del amnios dificulta el exámen, debe comprimir profundamente las paredes del vientre ó inclinar á la mujer háeia uno ú otro lado, ó recomendarle que se ponga á gatas, con cuyos ardides se practica la averiguacion que se desea.—Pero se observan casos, en esta como en cualquiera otra presentacion, en los cuales por el hecho mismo de la pluriparidad, y si hay venter propendens con mayor razon, el útero acomoda incompletamente al feto; si encajada ya la cabeza, no puede acomodarse el resto del cuerpo, las manos del par

tero no hallan entónces al plano resistente en el sentido de la vertical, sino de una oblícua que partiendo del estrecho termina, ya en el flanco derecho, ó ya en el izquierdo.—Los vientres muy cargados de tejido adiposo presentan cierta dificultad, á veces invencible, para hacer la exploracion diagnóstica por maniobras externas: este inconveniente le salva el Sr. profesor Rodríguez levantando con una mano la *cortina grasosa* de la zona sub-umbilical, y penetrando con la otra en el estrecho superior, donde se percibe la cabeza fetal encajada ó no: con este dato, acompañado de alguno ó algunos otros (movimientos propios del producto, etc.) se está autorizado para concluir lo relativo á la existencia del feto y á su abocamiento y posicion.

La exploracion diagnóstica por maniobras externas de las presentaciones y posiciones del feto debe hacerse con la debida anticipacion, pues durante el parto las contracciones dolorosas, poniendo rígido al útero, dificultan y á veces pueden hacer completamente infructuosa la investigacion. Aquí creo oportuno indicar las grandes ventajas que el procedimiento del Sr. profesor Rodríguez presta como guía de conducta indicativa en los casos de intervencion tocúrgica: supóngase que el feto, colocado fuera del alcance de la resultante mecánica de la potencia uterina no puede ser expulsado y que existe alguna causa que reclame la intervencion del arte: pues bien, si por medio de la palpacion abdominal previamente se ha hecho el diagnóstico de la situacion absoluta y relativa del contenido, el partero, al introducir la mano en la matriz sabe por donde va, no marcha á ciegas, y el éxito que casi siempre estriba en hacer las operaciones á ciencia cierta, con precision, destreza y premura, no se hace esperar. Por falta de brújula y por marchar á tientas, en la práctica cuotidiana se malogran muchas operaciones manuales y tocúrgicas, se causan lesiones gravísimas y se originan pérdidas irreparables. Mujeres y niños son víctimas de quienes ven sin saber mirar, y tocan sin saber tentar. ¡Á cuántas madres, á cuántos niños se salvaria de una muerte cierta, y cómo disminuiria la mortalidad de unas y otros, si todos los

médicos aplicaran la palpacion abdominal como medio diagnóstico en todos y cada uno de los casos que se confian á sus cuidados!

Auscultacion.—Con el estetoscopio aplicado perpendicularmente en la pared del vientre y ejerciendo una suave compresion para desalojar al líquido amniótico y acercarse lo más posible al dorso del feto, se oye en la fosa ilíaca izquierda el máximum de los latidos de su corazon, trasmitiéndose más hácia arriba, que abajo y trasversalmente.—En esta presentacion, como en cualquiera otra, se oye con frecuencia el soplo uterino, isócrono á los latidos del corazon materno; este ruido carece de valor tocológico, y solo enseña que los vasos pelvianos ó abdominales son comprimidos por el útero voluminoso.—Algunas veces, aunque raras, se percibe otro ruido, *de la mayor importancia pronóstica;* consiste en un soplo isócrono á los latidos del producto, que indica el enrollamiento del cordon umbilical; es decir, su cortedad accidental.

2ª Occípito-ilíaca derecha anterior.—Procediendo como en la 1ª de vértice, por la medida del tamaño de la matriz, y teniendo presente que el plano dorsal ocupa el compartimiento anterior derecho del útero, no hay más sino cambiar los términos derecho é izquierdo, en izquierdo y derecho, para designar las relaciones absoluta y relativa del feto. Así, la cabeza está abajo, el occipital en relacion con la eminencia íleo-pectínea derecha, el dorso hácia delante y á la derecha, el costado izquierdo adelante y á la izquierda, el costado derecho atrás y á la derecha, la extremidad pelviana en el fondo del útero, más comunmente en el flanco derecho y excepcionalmente en el izquierdo; el plan esternal atrás y á la izquierda.

Sirviéndose del estetoscopio de la manera indicada se nota que el máximum de los latidos del feto está en la fosa ilíaca derecha, y que se trasmiten más hácia arriba que abajo y trasversalmente.

3ª Occípito-ilíaca derecha posterior.—La cabeza está abajo, y el volúmen del tumor correspondiente es más pequeño. Es puramente teórico afirmar que se puede penetrar más

profundamente á la derecha que á la izquierda; lo es igualmente decir que se puede apreciar, como Mr. Pinard asegura, la diferencia de nivel entre la frente y el occipital en semejante situacion, siendo, como es entónces, del todo inaccesible la region posterior sea cual fuere (la frontal en la 1ª y 2ª posiciones de vértice, y la occipital en la 3ª y 4ª). Para llegar hasta allá seria necesario conceder una elasticidad tal á las paredes abdominal y uterina hácia la altura de las fosas ilíacas, que á la verdad están muy distantes de tener. No siendo tangibles ni la nuca ni la espalda del feto, las manos no pueden tentar estas regiones, estando acostada la mujer en decúbito supino. Encontrándose la region dorsal en el compartimiento posterior derecho, solo se le tienta haciendo que la embarazada se acueste sobre el lado izquierdo; de este modo y deslizándose en masa el ovoide fetal pónese tangible dicha region. Los caractéres del plano esternal (sensacion quística, desigualdades fetales y movimientos propios del producto) se notan en el compartimiento anterior izquierdo y algunas veces en toda la porcion anterior del útero. La extremidad pelviana es accesible á la exploracion y se la encuentra en uno de los flancos, más comunmente hácia la derecha.

Auscultacion.—Haciendo acostar á la mujer sobre el lado izquierdo, de manera que el estetoscopio pueda ser aplicado sobre el dorso del feto, se percibe el foco de los latidos en la parte inferior del flanco derecho, trasmitiéndose más hácia arriba que abajo y trasversalmente.

4ª Occípito-ilíaca izquierda posterior.—Como en la posicion anterior, el tumor formado por la region fronto-bregmática es pequeño, y el estrecho superior está ocupado por el ovoide cefálico doblado.

Como en aquella, tampoco se siente la nuca, y únicamente se tienta la blandura y fluctuacion propias de la sensacion quística, las desigualdades y los movimientos del producto. El dorso, situado hácia atrás y á la izquierda, únicamente es perceptible haciendo acostar á la mujer en decúbito derecho. Auscultándola de esta manera se pueden oír los latidos fetales en

el flanco izquierdo, trasmitiéndose más hácia arriba que abajo y trasversalmente.

Supuesta la normalidad, para la escuela mexicana no existen las posiciones trasversas ni directas de la extremidad cefálica de una manera definitiva; cuando por la palpacion abdominal lleguen á ser diagnosticadas, hecho que raras veces se presenta, puede asegurarse que la situacion es puramente transitoria. Lo que acabo de asentar encuentra plena confirmacion en las leyes del acomodamiento del producto, que dejo señaladas. En efecto; recordando la disposicion anatómica del estrecho superior, el papel importante del promontorio, *regulador de las posiciones*, y la mision del músculo acomodador, fácilmente se comprende lo dicho. El Sr. profesor Rodríguez dice á este propósito: "El número de las posiciones admitidas hoy es el de cuatro; las demás, que muchos autores han aceptado, son transitorias ó no se observan sino en casos excepcionales, como feto muerto (que se acomoda de tódas maneras), producto pequeño, pélvis muy amplia, viciada de delante atrás, etc. Cuando el feto pase de la 4ª posicion de vértice (o. i. i. p.) á la 1ª (o. i. i. a.), v. gr., necesariamente habrá un momento en que los diámetros longitudinales de la cabeza sean exactamente trasversales; pero esta situacion es efímera pues al fin tomará la oblícua propia de la 1ª posicion. Lo mismo debemos decir de las posiciones occípito-anteriores ó posteriores directas que pueden existir, y *de facto* existen en un momento dado á causa de los movimientos que el feto va ejecutando durante el mecanismo del parto, pero notad bien esto, cuando el ovoide cefálico ha pasado del estrecho superior á ocupar la excavacion y el estrecho inferior. Se concibe fácilmente, por lo demás, que cuando superficies convexas, el promontorio y el púbis por una parte, y el occipital y el frontal por otra, se encuentren en contacto, no pueden estarlo sino en un punto, é inestablemente, y que si una de ellas, la móvil, la cabeza del feto, recibe cierto impulso, deslizará sobre la otra hasta quedar, en el caso particular de que tratamos, en una situacion oblícua. Deben desecharse, pues, como enteramente teóricas, las multiplicadas presenta-

ciones y posiciones que muchos autores han admitido, que á nada conducen, y que no sirven sino para complicar el estudio de esta parte tan interesante del arte de los partos." (Lecciones clínicas de Obstetricia recogidas por mi distinguido amigo D. Manuel Ramos, interno de la Casa de Maternidad.)

Examinaré ahora la opinion de M. Pinard, por ser el autor más reciente que se ocupa del asunto con cierto empeño.

M. Pinard ha hallado la variedad *trasversa* en dos categorías de embarazadas: 1ª en las mujeres que tienen una oblicuidad anterior del útero muy pronunciada; 2ª en las mujeres cuya pélvis, viciada por el raquitismo, esté estrechada de delante atrás (pélvis plana.) En la 1ª categoría, dice, la cabeza está hundida en la excavacion y es difícil encontrarla si no se toman ciertas precauciones: hallado el borde superior del canal pelviano, se percibe muy fácilmente entónces el tumor cefálico más accesible de un lado que de otro. Pero si se lleva la mano al fondo del útero, relativamente bajo, no se encuentran ni la extremidad gruesa, ni las pequeñas. La extremidad pelviana se halla á nivel ó arriba de una de las fosas ilíacas, siempre del lado donde la esfera cefálica es más accesible. Me ha sucedido con frecuencia, prosigue, notar que los piés se hallan á corta distancia arriba de la frente. El plano resistente no mira ni adelante ni atrás, está colocado trasversalmente. El tronco del feto, encorvado sobre sí mismo, representa un arco de círculo. La renitencia del líquido amniótico se nota arriba y abajo de ese plano resistente. En la 2ª categoría trata de mujeres de pélvis viciada por el raquitismo. Cuando la cabeza está abajo, continúa, se le halla, sea al nivel del área del estrecho superior, sea un poco encajada y generalmente poco doblada; sin embargo, áun es posible algunas veces reconocer de qué lado se halla la frente, en razon de su mayor elevacion, pero sobre todo por su mayor dureza. Si el útero no está antevertido, las nalgas ocupan el fondo de la cavidad uterina. El plano resistente no mira ni adelante ni atrás, sino directamente á derecha, ó á izquierda, segun que se trate de esta ó de aquella posicion. Aquí no es

la forma de la cavidad abdominal ó uterina la que determina la situacion del dorso, es la cabeza la que es solicitada á acomodar sus grandes diámetros ántero-posteriores con el gran diámetro trasverso de la pélvis."

Examinaré lo primero. He tenido oportunidad de estudiar á varias mujeres embarazadas con vientre en alforja, y siguiendo el buen consejo práctico del Sr. profesor Rodríguez, que consiste en levantar de antemano el vientre de tal manera que queden rectificados los tres ejes, uterino, pelviano y abdominal, no he encontrado las particularidades que M. Pinard señala; solo sí he notado, en la mayoría de casos, que la cabeza no está encajada en el estrecho superior; en cuanto á la situacion relativa del dorso, de la extremidad pelviana, y desigualdades fetales, una vez corregida la oblicuidad anterior del útero todo lo he encontrado en el sitio ordinario, propio de la posicion de que se trate.

Por lo que toca á los casos de la segunda categoría nada puedo decir ni en pró ni en contra, puesto que es un hecho que entre nosotros son rarísimos los vicios de conformacion congénitos ó accidentales de la pélvis. Esto no obstante es de creerse que en los vicios de conformacion de delante atrás la cabeza no pueda acomodarse más que conjugando sus diámetros longitudinales con el trasverso del estrecho, y que de dicha conjugacion resulte la disposicion descrita por M. Pinard, quedando á pesar de esto algo oblícua la situacion del tronco por exigirlo así la columna vertebral que naturalmente tiene que oponerse á la situacion directamente trasversa del tronco, salvo en los casos de desviacion de aquella, de anteversion, ó de anteflexion de la matriz.

Presentacion y posiciones de la extremidad cefálica extendida, ó sean de cara.

1ª Fronto-ilíaca izquierda anterior.—La mayor parte de los autores no toman por punto de partida el frontal sino la barba; pero yo, siguiendo las ideas razonadas del Sr. Rodríguez, prefiero la denomiacion de *fronto* á la de *mento*, porque, en último análisis, no siendo la presentacion de cara sino la del vértice extendido, es evidente que el *frontal* y no la barba sustituye al *occipital;* y siendo esta region la que se toma por punto de partida para designar las posiciones de vértice doblado, el frontal es el que debe tomarse con el mismo objeto en las de cara.

El diámetro longitudinal del útero es mayor que el trasverso. Hundiendo la mano en el hipogastro se encuentra un tumor duro, redondeado, resistente (sincipucio), más voluminoso que el que se observa en las posiciones anteriores de vértice doblado, y formado por la cabeza extendida sobre el dorso; sigue inmediatamente un hundimiento angular (*region occípito-dorsal)* en vez de la nuca de las posiciones craneanas; siguen, en fin, el dorso y la extremidad pelviana adelante y á la izquierda con los caractéres propios que ya he dado á conocer y apreciar. En el compartimiento del útero diametralmente opuesto á aquel en que está colocado el plano resistente, se notan la sensacion quística, las desigualdades y los movimientos propios del producto.

En resúmen: el feto está en el compartimiento anterior izquierdo del útero; tiene la cabeza extendida, abajo; la extremidad pelviana arriba, el dorso adelante y á la izquierda, el plano esternal atrás y á la derecha, el costado derecho adelante y á la derecha, el costado izquierdo atrás y á la izquierda, la frente en relacion con la eminencia íleo-pectínea izquierda, la barba con la sínfisis sacro-ilíaca derecha, el diámetro occípito-frontal es paralelo al oblícuo izquierdo del estrecho superior y la circunferencia facial á la del estrecho superior.

El foco de los latidos cardíacos se oye en la línea umbilical hácia la mitad inferior del flanco izquierdo (en las posiciones anteriores de vértice y de tronco se halla en las fosas ilíacas), y se trasmiten más hácia arriba que abajo y trasversalmente. (En las posiciones anteriores de la extremidad pelviana, se encuentran un poco más arriba en la misma zona, pero se propagan más abajo.) Debe advertirse que en las posiciones anteriores de vértice doblado pueden encontrarse los latidos del corazon fetal en los flancos, en vez de las fosas ilíacas, como sucede en las mujeres multíparas en quienes no se ha verificado aún el encajamiento de la cabeza; pero los signos diagnósticos suministrados por la palpacion abdominal fundan el diagnóstico diferencial.

2ª **Fronto-ilíaca derecha anterior.**—La exploracion se hace como en la 1ª de cara; y teniendo presente que el plano resistente del feto ocupa el compartimiento anterior derecho del útero, no hay sino cambiar los términos derecho é izquierdo, en izquierdo y derecho, para designar las relaciones absoluta y relativa del producto.

Idéntica observacion para tomar el pulso al feto.

Rarísima vez se nota en la práctica el abocamiento facial: en quinientos partos que he presenciado ó estudiado apénas cinco fetos se han presentado por la cara: en dos se pudo reconocer ántes del trabajo y se trataba de una posicion anterior; en otros dos, habiéndose hecho el diagnóstico de una posicion de vértice, con sorpresa se observó que salieron en posicion fronto-posterior; en fin, en el último (caso curioso que relato entre mis observaciones) habiendo llegado el feto hasta la excavacion pelviana con el vértice doblado, circunstancias excepcionales hicieron que se extendiese la cabeza; pero me apresuro á decir que el alumbramiento no tuvo lugar en esa situacion viciosa porque la inteligente y hábil partera en jefe de la Casa de Maternidad, Dª Josefa Lobo de Rodríguez, se apercibió del fenómeno, y observando la práctica original y preciosa del Sr. profesor Rodríguez hizo *in situ la regularizacion* del abocamiento.

Creo inútil volver á discutir que la presentacion de cara se

observa ántes del trabajo del parto. Los desarrollos en que he entrado al tratar del acomodamiento fetal son bastantes y prueban mis asertos.

El mecanismo de este parto tiene por clave que la pared anterior del cuello del feto se coloque trás de la sínfisis pubiana, á fin de que saliendo fuera del recinto del canal y bajo del arco del púbis la extremidad anterior del diámetro sub-occípito-mentoniano, la cabeza puede ejecutar su movimiento de flexion alrededor del diámetro biparietal y salir del canal pelviano. "El parto por la cara solo puede resolverse en posicion *fronto posterior*, ó *convertirse en la de vértice occípito-anterior* en el interior del canal, cuando el feto esté muerto, muy pequeño, ó la pélvis sea muy amplia; de otro modo es físicamente imposible que los diámetros sub-occípito-bregmático y mentoniano puedan ejecutar allí el movimiento de báscula en torno del biparietal." (Profesor Rodríguez.—Guía clínica del arte de los partos.) Más adelante insistiré sobre este particular.

3ª Fronto-ilíaca derecha posterior.—El diámetro longitudinal del útero es mayor que el trasverso. El plano esternal, con sus caractéres propios, se halla hácia adelante y á la izquierda; el plano resistente atrás y á la derecha; podrá apreciarse el costado izquierdo, haciendo acostar á la embarazada del lado homónimo: llevando la mano en forma de compás al hipogastro no se tocan el occipital ni la frente, sino la parte ántero-lateral del cuello y la parte posterior de la mandíbula.

Colocando á la mujer en decúbito izquierdo y aplicando el estetoscopio á la altura del flanco y en la zona umbilical se percibe allí el máximum de los latidos fetales, que se propagan más hácia arriba que abajo y trasversalmente.

4ª Fronto-ilíaca izquierda posterior.—Estando el feto en el compartimiento posterior izquierdo la palpacion abdominal solo apreciará el plano esternal adelante y á la izquierda; haciendo acostar á la mujer en decúbito lateral derecho, arriba del área del estrecho superior y en relacion con la eminencia íleo-pectínea derecha se tocan el cuello y la parte póstero-superior de la mandíbula.

La auscultacion da análogos resultados á los de la posicion homóloga, quiere decir, que el máximum se oye en el flanco izquierdo, zona umbilical.

En cuanto á la situaciones ántero-posteriores directas y trasversales directas, no pueden existir sino transitoriamente, pues las contracciones uterinas, agentes del acomodamiento desde el 7º mes del embarazo, en combinacion con los planos inclinados de la columna lumbar y del promontorio, agentes de la regularizacion, hacen que la situacion sea oblícua, siendo ésta la única en que pueda verificarse cualquier parto, pues no se debe olvidar la ley de que "los diámetros largos de las regiones abocadas descienden paralelamente á los diámetros oblícuos de la pélvis y salen paralelamente á los longitudinales." (Rodríguez.)

He terminado la descripcion de las posiciones faciales, y debo llamar la atencion sobre que los numerosos elementos diagnósticos que he señalado, los ha brindado la exploracion del vientre por maniobras externas: el tacto vaginal, en la mayoría de casos, no da en estas circunstancias datos precisos, y la razon es obvia: estando la cabeza en el estrecho superior el dedo no puede alcanzarla.

Presentacion y posiciones de la extremidad pelviana.

Siguiendo el método del Sr. Rodríguez, lo primero que debe hacerse es llevar la mano en forma de compás de espesor, á la excavacion, donde se palpa un tumor voluminoso, depresible, irregular (extremidad pelviana); inmediatamente sigue el dorso, con sus caractéres propios, luego el cilindroide pequeño (nuca) y por último la cabeza situada en el fondo del útero abajo de los hipocondrios, region siempre accesible á la palpacion. Es muy importante señalar el modo de tocar la extremidad cefálica: colocado el observador al borde izquierdo de la cama lleva la misma mano que le ha servido pa-

ra explorar la excavacion, hácia el fondo del útero, y abriéndola en forma de compás, imprime movimientos de sucusion á lo que toma dentro de la matriz: si está allí la cabeza, se siente que un cuerpo duro, resistente, redondeado, más pequeño que el tumor inferior, choca contra los dedos. Se ha aconsejado, para buscar la cabeza, "imprimir á la pared abdominal, en relacion con esta parte fetal, una pequeña depresion brusca;" pero con el *modus faciendi* del Sr. Rodríguez se aprecia mejor la sensacion cefálica y la razon es clara. M. Pinard dice que: "*algunas veces la cabeza está profundamente situada y no se puede llegar hasta ella, y que otras veces se oculta completamente bajo las falsas costillas: que esto se observa principalmente en las primíparas, en las presentaciones de nalgas que ha llamado francas, cuando el útero, comprimido lateralmente, se desarrolla sobre todo á expensas de sus diámetros longitudinales.*" Debo confesar que en las veinte y tantas presentaciones de la extremidad pelviana que he estudiado, siempre pude tocar con toda claridad la cabeza, y no comprendo cómo ésta pueda "ocultarse completamente bajo las falsas costillas," y mucho ménos "esconderse bajo del hígado," como asegura M. Pinard.

El mismo autor insiste "sobre un punto que puede ser útil, y que cree bastante importante al objeto del diagnóstico diferencial, entre la cabeza y las nalgas. Miéntras que deprimiendo con la pulpa de los dedos la pared abdominal en relacion con el tronco del feto se percibe un plano, una superficie contínua entre las nalgas y el tronco, se siente una depresion, un vacío bastante marcado entre el tronco y la cabeza, pues se hunden los dedos al nivel de la region cervical." Respecto á esto haré observar, que si en efecto se continúa la region sacra con la dorsal en los abocamientos sacro-anteriores, no es verdad que se sienta un hundimiento en la parte alta, pues lo que allí se toca es la region posterior del cuello (cilindroide menor) y más arriba el tumor cefálico ú occipital. Para que pueda establecerse una comparacion entre las ideas del autor citado y las del Sr. profesor Rodríguez, fundador de la Escuela Tocológica Mexicana, trascribo la manera con

que el eminente maestro hace, en resúmen, el diagnóstico diferencial de que se trata. "Llevando la mano al hipogastro se siente encajada ó no en la pélvis, una *extremidad gruesa, depresible, irregular, acompañada de pequeñas partes;* á continuacion se toca el dorso con sus caractéres propios; éste termina en un cilindroide pequeño (nuca) que se palpa, y en fin, en el fondo del útero se tienta la cabeza (occipucio): *tumor duro, esferoide, resistente, regular, que se puede tomar con el compás de la mano é imprimirle movimientos: el abocamiento pelviano sacro-anterior;*" en cuanto al *sacro-posterior*, dice el mencionado profesor: "no se toca lo primero (extremidad pelviana), pero se percibe en su lugar el plan esternal, y en la zona polar superior, y con mucha mayor claridad, se tienta la cabeza (region fronto-bregmática)."

1ª **Sacro-ilíaca-izquierda anterior.**—El diámetro longitudinal del útero es mayor que el trasverso, carácter general de las posiciones longitudinales. La extremidad pelviana está abajo encajada (primíparas) ó no (multíparas), el dorso adelante y á la izquierda, la cabeza arriba (tumor ménos voluminoso que en las posiciones posteriores), el plano esternal (sensacion quística, desigualdades, movimientos propios del producto) atrás y á la derecha, el costado izquierdo adelante y á la derecha, el derecho atrás y á la izquierda; el diámetro sacro-pubiano del feto se conjuga con el oblícuo izquierdo de la pélvis.

Auscultando el dorso del feto se nota arriba de la línea umbilical, hácia la mitad superior del flanco izquierdo, el máximum de los latidos del corazon, y estos se propagan más hácia abajo que arriba y trasversalmente.

2ª **Sacro-ilíaca-derecha anterior.**—La cabeza está arriba, la extremidad pelviana abajo, el plano resistente adelante y á la derecha, los miembros del feto atrás y á la izquierda, el costado derecho adelante y á la izquierda, el izquierdo atrás y á la derecha, el diámetro sacro-pubiano en relacion con el oblícuo derecho y el bis-ilíaco en direccion del oblícuo izquierdo.

Foco de auscultacion en la zona supra-umbilical, hácia la

mitad superior del flanco derecho, y el doble latido se propaga más hácia abajo que arriba y trasversalmente.

3ª Sacro-ilíaca-derecha posterior.—La extremidad pelviana está abajo, pero no se puede palpar porque ocupa la parte inferior del compartimiento posterior derecho del útero; adelante y á la izquierda se toca el plano esternal; el dorso, colocado tambien en aquella region, solo es accesible hácia el costado derecho, acostando á la mujer en decúbito lateral izquierdo; el plano lateral izquierdo está hácia atrás y á la izquierda. La cabeza, en el fondo de la matriz, se tienta más fácilmente porque presenta más superficie tangible que las posiciones anteriores (1ª y 2ª), y no porque esté situada á la izquierda, como quiere M. Pinard. La madre misma dice al partero que adelante siente las desigualdades y los movimientos propios del producto: esto depende de que estando los miembros del feto en las posiciones posteriores en relacion ménos mediata con la pared anterior del vientre, la percepcion de dichos movimientos es más clara. El diámetro sacro-pubiano se conjuga con el oblícuo derecho y el bis-ilíaco con el oblícuo izquierdo.

Acostando á la embarazada en decúbito lateral izquierdo se oye el máximum de los latidos en el flanco derecho, arriba de la línea umbilical, y se trasmiten más hácia abajo que arriba y trasversalmente.

4ª Sacro-ilíaca-izquierda posterior.—En esta posicion, la última en el órden de frecuencia, la extremidad pelviana y el dorso ocupan el compartimiento posterior izquierdo de la matríz, no son palpables, y apénas se puede alcanzar el plano lateral izquierdo sirviéndose del arbitrio indicado anteriormente; el ovoide cefálico está en la zona polar superior, y es bastante fácil de circunscribir, por las razones indicadas. La sensacion quística, las desigualdades y los movimientos del producto (choques, deslizamientos y sobresaltos) están hácia adelante y á la derecha. El diámetro sacro-pubiano se conjuga con el oblícuo izquierdo y el bis-ilíaco con el oblícuo derecho.

Observando la regla dada, se aplica el estetoscopio en la

zona supra–umbilical, flanco izquierdo, y se oye allí el foco de auscultacion, enviando sus ondas sonoras más hácia abajo que arriba y trasversalmente.

El tacto vaginal, en general, no da sino datos dudosos ó negativos: la extremidad pelviana, irregular y voluminosa no puede bajar hasta hacerse accesible al dedo; además, á través del segmento inferior del útero y al 7º mes, por ejemplo, es muy difícil, si no imposible, hacer el diagnóstico de la presentacion y posicion; y aquí encuentran su explicacion los frecuentes errores que se deploran en la práctica de médicos que sirviéndose solo de la exploracion interna no consiguen determinar la situacion absoluta y relativa del feto, que puede ser viciosa, y cruzándose de brazos dejan subsistir inconvenientes que durante el trabajo del parto acarrean dificultades, complicaciones de cierta gravedad que hasta pueden demandar los socorros de la tocurgía. Ante ese negro horizonte, la palpacion abdominal por su prevision, y la inversion mediata por su eficacia é inocuidad, se yerguen majestuosas y salvadoras.

Presentacion y posiciones de tronco.

1ª Acromio–ilíaca–izquierda, dorso anterior.—1ª *del hombro derecho.*

El diámetro trasverso del útero es mayor que el longitudinal. "Esta sola observacion, dice el Sr. profesor Rodríguez, en su Manual inédito del Arte de los partos, basta para justificar la suposicion de que el producto está trasversal y no longitudinalmente situado, no tratándose de embarazo múltiple, ni de aquella conformacion congénita de la matriz, comprobada por varios autores, y que la hace ménos amplia longitudinal que trasversalmente. La existencia de dos ó más fetos longitudinalmente situados es percibida con la apetecible claridad por ambas manos y por la auscultacion, que apre-

cian las particularidades propias de cada uno de los fetos, sobre todo si solo son dos, que es el caso más comun en materia de preñez múltiple.—La anomalía anatómica tampoco puede confundirse con la situacion trasversa del producto, porque en este último supuesto es él, quien colocado de tal manera, hace tomar esa forma á la matriz, forma que se pierde cuan presto se corrige la situacion viciosa; miéntras que en el primero esa forma es independiente de la situacion del feto, puesto que se conserva y mantiene á pesar de la inversion del contenido, á quien físicamente obliga la matriz á que se aboque en sentido desfavorable, en sentido trasversal. Ya he dicho en otro lugar que aunque muy rara, ésta es una de las causas que se oponen al acomodamiento regular del producto." (Rodríguez.)

Establecido el diagnóstico diferencial se toca la extremidad cefálica con sus caractéres peculiares en la fosa ilíaca izquierda, la pelviana en la derecha, en direccion de una línea oblícua de delante atrás y de izquierda á derecha, como si el eje longitudinal del feto se conjugase con el oblícuo izquierdo del estrecho; el plano esternal ve atrás y á la izquierda, y la embarazada siente los movimientos en la zona supra-umbilical; el costado derecho directamente abajo, y el izquierdo arriba; el acromio derecho está en relacion con la eminencia íleo-pectínea izquierda, circunstancia que da su nombre á la posicion: *acromio-ilíaca-izquierda, dorso anterior.*

El máximum de los ruidos cardíacos se oye claramente en la fosa ilíaca izquierda, y se trasmiten más trasversal que longitudinalmente, quiere decir, que de su punto de partida se dirigen hácia la fosa ilíaca derecha.

2ª Acromio-ilíaca-derecha, dorso anterior.—1ª *del hombro izquierdo.*

Situacion trasversa del producto. La cabeza está en la fosa ilíaca derecha, las nalgas en la izquierda, el plano dorsal ve adelante y á la izquierda, el esternal atrás y á la derecha, el costado izquierdo abajo, y el derecho arriba.

El foco de los latidos está en la fosa ilíaca derecha, y se trasmiten más hácia la fosa ilíaca izquierda.

3ª Acromio-ilíaca-derecha, dorso posterior.—2ª *del hombro derecho.*

El diámetro trasverso del útero es mayor que el longitudinal. La extremidad cefálica está en la fosa ilíaca derecha, la pelviana en la izquierda, el plano esternal adelante y á la izquierda, el dorsal atrás y á la derecha, el costado derecho abajo y el izquierdo arriba. El tumor cefálico es más tangible en esta posicion que en las dorso-anteriores, porque la region fronto-bregmática forma un relieve más pronunciado que la occipital.

El máximum de los latidos está en la fosa ilíaca derecha y atrás, y se percibe auscultando por el fondo de la matriz, deprimiendo cuanto sea dable las paredes uterina y abdominal para acercarse bastante á la region dorsal del feto. La trasmision es trasversa y decrece hácia la izquierda.

El Sr. profesor Rodríguez se sirve de un medio ingenioso para auscultar el dorso del feto en las posiciones posteriores, el cual, que yo sepa, no ha sido señalado ni por el insigne inventor de la auscultacion obstetricial, M. Depaul. Hélo aquí: colocada la mujer en decúbito supino, y relajadas lo más que se pueda las paredes del vientre, se aplica el estetoscopio en el fondo del útero, y hundiéndole en direccion oblícua, se acerca hasta el dorso del producto, y con el hábito se consigue apreciar con la claridad apetecible el doble latido y su trasmision.

4ª Acromio-ilíaca-izquierda, dorso posterior.—2ª *del hombro izquierdo.*

El producto está trasversalmente situado; la cabeza se halla en la fosa ilíaca izquierda, la extremidad pelviana en la derecha, el plano dorsal ve hácia atrás y á la izquierda, el esternal adelante y á la derecha, el costado izquierdo abajo y el derecho arriba.

El foco de auscultacion está en la fosa ilíaca izquierda, pero atrás, y el doble latido se propaga más hácia la derecha. Esta investigacion debe hacerse como dije en la posicion anterior, por el fondo de la matriz.

A tres categorías pueden reducirse los hechos de aboca-

miento trasversal que he estudiado durante mi internado en la Casa de Maternidad.

Primera: Presentaciones de tronco en multíparas cuyos úteros, careciendo de la tonicidad y elasticidad necesarias para que el acomodamiento fuera regular, permitian que el feto tomase la situacion viciosa de que me ocupo. Segunda: Presentaciones de tronco consecutivas á la inversion de productos abocados por la extremidad pelviana, ejecutada en mujeres en quienes no podia fijarse definitivamente el abocamiento cervical por impedirlo la abundancia de aguas amnióticas, que como se sabe determina siempre la movilidad exagerada del producto de concepcion. Tercera: Presentaciones de tronco desconocidas ó consecutivas á maniobras inconsideradas hechas fuera de la Casa, y llevadas á ella para su remedio. Las *manteadas* (*), la intervencion de intrusos y principiantes, el zihuatlpatl y el cuernecillo de centeno, figuraron siempre en estos casos complicados y dificultosísimos.

La conducta observada por el Sr. profesor Rodríguez en los hechos de las dos primeras categorías es programática. No hay ya quien en México ignore que siendo el desideratum de nuestro maestro de clínica *que las mujeres den á luz á sus hijos abocados por el vértice, sin pérdida de tiempo y por maniobras externas, convierte las presentaciones trasversas en longitudinales, é invierte y regulariza á éstas si son de nalgas ó de cara;* que para el logro del intento se anticipa á la naturaleza cuando por cualquier causa ésta se retarda en acomodar favorablemente al producto, y que aunque, como es muy natural, prefiera los momentos favorables para la ejecucion de la maniobra, no le arredran los que son ménos á

(*) Las *manteadas* equivalen en parte á las maniobras que Semert aconsejaba para remediar el abocamiento de la extremidad pelviana. Consisten en hacer rodar á las mujeres por el suelo, oprimirlas el vientre con las manos ó una sábana, sacudirlas dentro de una manta, suspenderlas del tórax, vientre ó piés, y en fin, hasta se las flagela. Las consecuencias de estas prácticas irracionales y absurdas son fatales: entre otras la ruptura anticipada de la fuente amniótica con sus deplorables resultados está en primer término.

propósito, siempre que al intentarla se encuentre con que se puede contar todavía con la movilidad del feto. Los momentos favorables de que he hecho mencion son preferibles á éstos, sin duda alguna, y la práctica enseña que el 8º mes del embarazo es la época más propicia.

Espero que estos breves apuntamientos despertarán la atencion de los médicos y les inducirán á hacer con la debida anticipacion por medio de la palpacion abdominal, el diagnóstico de la situacion del producto, á fin de remediarla si no fuese favorable, y poner á madres é hijos á cubierto de males.

EMBARAZO MULTIPLE

La inspeccion y la palpacion del vientre indican que el desarrollo del útero se anticipa y no corresponde á la edad real del embarazo: el diámetro trasverso del órgano gestador es considerable, é igual á veces al longitudinal. En estos casos, y á pesar de lo mucho que á este respecto dicen los autores, no he podido apreciar la *forma bilobada* del útero, forma de que no pueden dar razon ni la anatomía, ni la fisiología del músculo acomodador.

"La plenitud del útero en tales casos solo es comparable con la que se advierte en la hidropesía amniótica; pero el diagnóstico diferencial entre uno y otro estado puede hacerse satisfactoriamente por medio de la palpacion, áun cuando, como suele acontecer, la hidropesía complique á la preñez gemelar. En efecto; si es dable concebir de una manera puramente teórica que la resistencia quística en nada puede parecerse á las resistencias fetales, más lo es cuando pueda comprobarse que manos prácticas, adiestradas en los ejercicios clínicos, saben apreciar y marcar esas mismas diferencias. Por muy tirante que esté el útero hidrópico que solo contenga á un producto de concepcion, la mano siempre puede hundirse lo bastante para medir el espesor de la capa líquida in-

terpuesta entre sus paredes y el producto, quien en la mayoría absoluta de estos casos está poco desarrollado, es anómalo ó monstruoso. Por el contrario; que la tirantez dependa de la edad avanzada de una preñez múltiple (fetos aislados ó adheridos, etc.), entónces al pretender hundir las manos tropiezan éstas, á poco, con la resistencia que naturalmente oponen dos ó más fetos por muy exíguos que se les suponga, situados á corta distancia de las paredes. En estos casos el partero aprecia con claridad los detalles relativos á los fetos: toca las cabezas, las extremidades pelvianas, las regiones dorsales y la multiplicidad de miembros. La auscultacion, por último, contribuye á aclarar más las cosas, porque la existencia de dos ó más focos antitéticos solo puede admitirse habiendo dos ó más fetos en la cavidad del útero." (Rodríguez, op. cit.)

No pudiendo detenerme más sobre este punto, porque tendria que difundirme demasiado, y deseando ser mejor comprendido, presentaré varios tipos de embarazos gemelares, de aquellos que con más frecuencia se ofrecen en la práctica.

Primer ejemplo. (*)—Embarazo gemelar: un feto en 1ª de vértice; otro en 3ª de la extremidad pelviana.

Diámetro trasverso del útero casi igual al longitudinal. Llevando la mano al hipogastro se siente que la cabeza está en la excavacion, encajada, ó en el estrecho superior, inclinada á la izquierda, ó en la misma fosa ilíaca izquierda; á continuacion se toca el cilindroide menor (nuca), el cilindroide mayor (dorso), y en fin, en el fondo del útero, á la izquierda, el tumor voluminoso, irregular, depresible (extremidad pelviana); al buscar el plano esternal en el compartimiento diametralmente opuesto, se palpa allí (haciendo acostar á la embarazada en decúbito izquierdo) la extremidad pelviana, de abajo arriba, el plano lateral derecho y la cabeza situada en el hipocondrio derecho, apreciable con claridad. El pla-

(*) Comprende todos los casos en que un feto se presenta por el vértice, y otro por las nalgas, pues sucede con frecuencia que varian mucho las posiciones de una misma presentacion, y de un dia á otro se sustituyen entre sí.

no esternal está colocado en las regiones derecha y anterior izquierda del útero, de donde resulta que la mujer acusa en muchos puntos del vientre, especialmente en las partes anterior derecha y média, los movimientos del producto.

Se oyen distintamente dos focos de auscultacion: el que corresponde al feto abocado de vértice se halla en la fosa ilíaca izquierda y trasmite sus ondas sonoras más hácia arriba; el que corresponde al feto abocado por la extremidad pelviana se oye (sirviéndose del arbitrio tantas veces señalado) en el flanco derecho, arriba de la línea umbilical, y sus latidos se propagan más hácia abajo. Como se ve, la trasmision de los ruidos de los dos fetos se verifica en sentido opuesto: esto sucede casi siempre, exceptuando aquellos casos en que los dos productos se abocan por la extremidad cefálica, en cuyo caso los focos se hallarán en las fosas ilíacas (uno más alto que el otro, por razon del encajamiento de una cabeza) izquierda y derecha, y se propagará el doble latido más hácia arriba que abajo y trasversalmente; ó por la extremidad pelviana, y entónces, estando el máximum de auscultacion en cada uno de los flancos, region supra-umbilical, los latidos se propagarán hácia abajo. Además, los ruidos no son isócronos entre sí, ni con los de la madre; el timbre y la fuerza de los latidos tambien es distinto, porque generalmente un feto es más desarrollado que el otro y la circulacion del más fuerte es tambien más vigorosa.

SEGUNDO EJEMPLO. (*)—Embarazo gemelar: los fetos se abocan de vértice: uno en 2ª posicion, otro en 4ª.

El diámetro trasverso del útero, medido al nivel de los flancos, es casi igual al longitudinal. Hay gran desarrollo del vientre, especialmente en su fondo ó zona polar superior, que no corresponde á la edad de la gestacion. En el estrecho superior ó en la excavacion se toca la cabeza, tumor esferoide, duro, regular (occipucio), inclinado á la derecha; sigue la nuca, el dorso situado adelante y á la derecha, la extremidad

(*) Comprende los casos de presentacion de vértice, supuesta la gran variabilidad que ofrecen las posiciones respectivas.

pelviana en el polo superior de la matriz. En la fosa ilíaca izquierda se tienta otra cabeza, con sus caractéres propios, y á ese cuerpo siguen desigualdades fetales hasta llegar al fondo del útero, donde se palpa otro tumor voluminoso, depresible, irregular (extremidad pelviana); el dorso del feto que ocupa el compartimiento posterior izquierdo no es accesible á la palpacion; pero se podria llegar al costado izquierdo, acostando á la mujer en decúbito derecho. El plano esternal se nota en las regiones média é izquierda del vientre, percibiendo la embarazada en muchos puntos los movimientos del producto.

El primer máximum de latidos cardíacos se oye en la fosa ilíaca derecha, y se trasmite la ondulacion más hácia arriba que abajo y trasversalmente; el segundo foco se nota á la altura del ombligo, y sus latidos se propagan como en el primero.—Si partiendo de los máxima de auscultacion, se sigue con el estetoscopio la propagacion de los ruidos, llega un momento en que un gran silencio detendrá la observacion; si se quiere obtener una contraprueba, tomando por puntos de partida los sitios silenciosos, se dirige la investigacion en sentido contrario, irán apareciendo los dobles ruidos cada vez más distintos, hasta llegar á los focos, donde se percibirán con la mayor claridad: haciendo esta pesquisa, que llamaré *revolucion auditiva*, se distinguen los caractéres de los sonidos, y se podrá ayudar á la palpacion abdominal en la determinacion de la actitud de los dos fetos.

Tercer ejemplo. (*)—Embarazo gemelar: los fetos se abocan por la extremidad pelviana: uno en 1ª posicion, otro en 3ª.

En este caso, más raro que el anterior, el diámetro trasverso de la matriz es casi igual al longitudinal; el desarrollo del vientre es muy considerable en la parte inferior: las fosas ilíacas y los flancos completamente ocupados, sufriendo una distension considerable, el tejido de Malpighi se rompe y las *vetas* de la zona sub-umbilical son numerosísimas, especial-

(*) Comprende tambien la situacion siguiente: 2ª y 4ª posicion de la extremidad pelviana.

mente en las nulíparas. Hundiendo la mano en el hipogastro, se halla la excavacion vacía; pero en el área del estrecho superior, encajada ó no, se toca un tumor voluminoso, depresible é irregular (extremidad pelviana), al que sigue el plano resistente del feto, colocado adelante y á la izquierda, y por último, en la zona polar superior, á la izquierda, se palpa la cabeza (occipucio). Habiéndose encontrado un feto, se va en busca del otro; en el fondo del útero, y hácia la derecha se toca un tumor duro, regular, más grande que el colocado á la izquierda (region fronto bregmática); del sitio donde se halla la cabeza hasta la fosa ilíaca correspondiente, no hay más que desigualdades fetales, y solo se llegará al plano lateral derecho del feto, sirviéndose del recurso señalado. Adelante y á la derecha se apreciarán con claridad suma los caractéres propios del plano esternal.

Aplicando el estetoscopio arriba de la línea umbilical, hácia la mitad superior del flanco izquierdo, se oye el máximum de los latidos de un corazon, y el del otro se nota al mismo nivel, ó un poco arriba (segun que esté un feto más alto que otro); pero en el flanco derecho hácia atrás, ó en el mismo flanco (acostando á la mujer en decúbito lateral izquierdo); ambos focos dejarán oír sus latidos más hácia abajo que arriba y trasversalmente.

El tacto vaginal no puede hacer más que el diagnóstico del abocamiento de un solo feto, y esto no siempre, como sucede cuando la region abocada es la pelviana y no se ha encajado lo bastante. Puede acontecer tambien, que presentándose las dos extremidades cefálica y pelviana, como en el primer tipo supuesto, ninguna de ellas se encaje y que unas veces se aboque la cabeza y otras las nalgas; se comprende, sin esfuerzo, que ántes, ó en el momento del trabajo, el dedo explorador se encuentre unas veces con las nalgas y otras con la extremidad pelviana, lo que inducirá á error si, como acaeció en un caso que se me ha referido, dos personas practican el tacto vaginal en distintas ocasiones. La palpacion abdominal evita toda confusion.

Las reglas que he dado para ejecutar la palpacion abdomi-

nal, no dejarian pasar el caso rarísimo de un embarazo trigemelar.

Me he detenido en describir los casos que con más frecuencia se presentan en la práctica y que pueden ser diagnosticados por medio de la palpacion abdominal. Si es verdad que los fetos pueden abocarse de otras diversas maneras, esto es muy excepcional, y su designacion, por tanto, no puede entrar en una descripcion didáctica.—Durante el trabajo, y expulso ya uno de los productos, el otro ó los otros que áun adentro quedan, obedecen ó no á las leyes del acomodamiento regular, lo que, diré de paso, no importa mucho, supuesta su pequeñez relativa.

VERSION POR MANIOBRAS EXTERNAS

Arte non vi.

Pronóstico de los partos agripino, facial y de tronco, segun la Escuela Mexicana.—Reseña histórica de la version por maniobras externas.—Su definicion.—Operaciones que comprende, segun el Sr. profesor Rodríguez.—Indicaciones.—Contraindicaciones.—Tiempo de eleccion de las maniobras.—Manual operatorio.—Cuidados consecutivos.—Observaciones comprobantes.

Desde los tiempos antiguos el parto por la extremidad pelviana ha sido considerado peligroso para madres é hijos; pero esta idea arraigada en el pueblo que creó divinidades bienhechoras á quienes invocar en los casos de distocia y áun de eutocia, no ha pasado definitivamente al dominio de la ciencia: al presente hay sabios notables que creen que este parto no es temible, y otros que no le prestan toda la atencion que merece. El Sr. profesor D. José Ferrer Espejo, que tanto ha trabajado por el arte de partear, desde hace muchos años, presentando con originalidad notable el pronóstico del parto agripino, y el Sr. profesor Rodríguez, á quien tanto debe la medicina nacional, dando el medio de remediar todos los inconvenientes por la version externa, han trazado la página más brillante de la Tocología mexicana.

Siento que el carácter de este trabajo no me permita entrar en los desarrollos que la materia exige. (*)

La rotura de la fuente amniótica es el primer signo pronóstico del más alto interés, porque desde ese momento, sobre todo si ella se verifica ántes de la completa y perfecta dilatacion del orificio uterino, se inician las dificultades del parto

(*) Véase el trabajo de mi distinguido é inteligente amigo D. M. Ramos, "Escuela de Medidina," núm. 17. tom. I. México, 1880.

para la mujer y los peligros para el producto que lleva en su seno. En todas las mujeres, pero más particularmente en las nulíparas, el parto agripino sigue una marcha inversa de la que se observa en el abocamiento cefálico: aquí la salida se hace de lo difícil á lo fácil; allí, al contrario, de lo fácil á lo difícil; aquí la matriz aprovecha, por decirlo así, sus contracciones más vigorosas para expulsar á la cabeza; allí echa mano de las últimas para deshacerse del ovoide cefálico despues de la salida del tronco.—Al retraerse la matriz para cerrar el vacío que dejan las aguas vertidas, se disminuye el calibre de los senos uterinos y de los vasos cotiledonarios, en virtud de la accion que la capa chiasmática (média de la matriz) ejerce sobre las paredes de unos y otros. (Rodríguez.) En seguida el fondo del útero se aproxima á la cabeza, comprime contra ésta á entrambas placentas, la circulacion se compromete más, y la angustia del feto, ya iniciada por la retraccion, prosigue en virtud de esta nueva causa.

La salida del meconio, no es como dicen los autores un fenómeno obligado del abocamiento pelviano: se puede presentar en todo parto, é indica siempre la angustia del feto. (Profesor Rodríguez.) La aparicion de este fenómeno impone la necesidad de intervenir al punto; y no se debe esperar la compresion del cordon umbilical, que segun los autores explica el hecho, porque la anatomía y la fisiología han enseñado al señor profesor Rodríguez que mucho ántes de esa circunstancia, el meconio sale porque el niño se asfixia, el niño sufre porque los cambios osmóticos entre las sangres fetal y materna se perturba, y este trastorno, en fin, como ya se ha dicho, es debido á la accion de la retractilidad auxiliada eficazmente por la contractilidad orgánica á cada dolor que sobreviene.

La compresion del cordon umbilical es un accidente casi necesario de este parto, y coadyuva á la asfixia del feto. No puedo ménos que citar la expresiva frase de M. J. Jacquemier, que dice: "El parto por la extremidad pelviana es un parto con procedencia del cordon durante la mayor parte de su duracion, y á menudo con despegamiento de la placenta ántes de su completa terminacion."

En la mayoría de casos la cabeza se detiene, los vasos del cuello son comprimidos por el orificio uterino, que se ajusta como un dogal al cuello del producto, lo que determina la congestion y áun la apoplegía cerebrales por la dificultad ó la imposibilidad de la circulacion yugular. En medio de estas dificultades, causas omnipotentes de asfixia, puede no girar la cabeza, puede extenderse; y ya sea en el primer caso, ya en los dos, si ambas dificultades se combinan, hay que recurrir á las maniobras de Mme. Lachapelle, á la clásica, y á la del señor profesor Rodríguez * para mejorar la posicion de la cabeza y verificar su extraccion; esto sin contar con que si un espasmo del orificio complica la situacion, bastante comprometida ya, demanda el desbridamiento del orificio, operacion que, áun á manos muy ejercitadas, suele ofrecer dificultades y peligros.

Todo parto largo, todo parto manual, áun observando los cuidados requeridos, lastima más ó ménos el canal pelviano, y por tanto predispone á contraer accidentes puerperales.

No he hecho más que apuntar los factores pronósticos del parto agripino, que fulminan este axioma: *El parto por la extremidad pelviana debe ser evitado á todo trance.*

El alumbramiento en las posiciones fronto–anteriores es materialmente imposible (excepto en los casos de pélvis muy amplia, feto pequeño ó muerto, contracciones uterinas enér-

* Hé aquí la maniobra del eminente profesor de Clínica de Obstetricia. Colocada la mujer á orilla de la cama, con las nalgas fuera del colchon, asegurándose el tocólogo de la simetría de la cabeza con relacion al púbis, con una mano toma los piés del feto, envueltos en un lienzo: levanta el tronco para facilitar la introduccion de la otra mano, que engrasada por el dorso y en el intervalo de una contraccion, la lleva por el plano esternal y deslizándola por la cara y la region fronto–bregmática, conduce los dedos hasta el occipital. En este momento combina el movimiento de flexion de la cabeza con el levantamiento del tronco sobre el vientre de la madre, miéntras que un ayudante diestro auxilia la maniobra, comprimiendo por la region hipogástrica, de modo que resulten sinérgicas la maniobra de éste y la del operador, que deben ser simultáneas y armónicas.

gicas), porque la region abocada con el aumento de la parte más alta del tronco presenta diámetros que no pueden conjugarse ni con los oblícuos para descender, ni con los longitudinales para salir. Algunas veces puede resolverse en posicion fronto–posterior; pero, necesitándose para esto que la region anterior del cuello se ponga en relacion con la pared posterior del púbis, camino muy largo, el caso es excepcional y siempre peligroso. Por consiguiente, los abocamientos fronto–anteriores, abandonados á los solos esfuerzos de la naturaleza, demandan la *embriotomía*, que en la gran mayoría de casos acaba con la existencia de la madre.

El parto en las posiciones fronto–posteriores es laboriosísimo; la region abocada no guarda proporcion con las del canal pelviano: "la cabeza se desliza con pena y desciende únicamente hasta tres y medio centímetros debajo del estrecho superior, pues la longitud del cuello no le permite bajar más (Rodríguez):" á fin de que el tamaño de los diámetros longitudinales disminuya, se necesita que la barba llegue á estar colocada bajo del arco del púbis, para lo cual es necesario un tiempo largo que con frecuencia da lugar á que se perturbe la circulacion fetal por la compresion que las ramas ísquio–pubianas ejercen sobre los vasos del cuello.

En este parto, como en el de tronco, la dilatacion del orificio uterino es lenta é irregular por las mismas causas que he señalado al hablar del alumbramiento agripino.

De las anteriores brevísimas consideraciones se desprende este principio: *durante el embarazo, y siempre, deben corregirse las posiciones de cara, sirviéndose de la regularizacion por maniobras externas,* que luego describiré; operacion introducida á la práctica por el Sr. profesor Rodríguez.

El parto por el tronco es imposible en la generalidad de casos, exceptuando los raros de version espontánea, y de evolucion tambien espontánea (feto pequeño ó muerto, pélvis amplia, dolores uterinos enérgicos). Segun los clásicos, la version interna es la operacion indicada seguida muchas veces del

parto manual, y tambien *de la desastrosa embriotomía.* ¿Quién ignora las dificultades y peligros de esas maniobras? ¡Cuántas ocasiones me he horrorizado al ver llegar á la Casa de Maternidad á mujeres que habiéndose confiado en manos torpes, han recibido lesiones tales que acabaron con su vida; en todos esos casos se habia tratado de hacer la version podálica, y, como dice mi distinguido maestro, el Sr. Rodríguez, se cometieron atentados punibles! ¡Cuánto más sencillo é inocente seria recurrir siempre á la *conversion* por maniobras externas, ejecutada en tiempo oportuno! El insigne clínico, penetrado de ideas bienhechoras, hace once años proclama el medio de remediar tantos males, y yo, honrándome á su lado, sigo entusiasta sus huellas.

De las premisas anteriores resulta la siguiente conclusion: *Siempre que se trate de una presentacion de tronco, cuanto ántes debe hacerse la conversion por maniobras externas*, lo cual demanda el reconocimiento prévio de la mujer en los meses mayores de su embarazo y diagnóstico exacto del abocamiento y posicion viciosos.

El padre de la Medicina sospechó que las presentaciones viciosas podian corregirse ántes del parto, sirviéndose de presiones sobre el vientre. Jacob Ruff entrevió lo mismo. En la época de Celso solo reinó la version interna. Nociones tan vagas nada dicen y hay que llegar al eminente Wigand, verdadero creador de la version externa, para marcar la primera época, y la más grandiosa por cierto, de tan importante maniobra; en efecto, el insigne partero de Hamburgo llegó á determinar: "1º En qué casos, con qué condiciones y con cuáles medios era posible aconsejar y ejecutar el cambio de presentacion de un feto por simples presiones ú otras maniobras externas. 2º Cómo debian hacerse en tales casos esas maniobras externas, qué deberia secundarlas y en qué momento debian emprenderse."

Como se ve, el programa es admirable y completo; Wigand

lo desarrolla con maestría en su notable Memoria (*), cuya lectura recomiendo.

En Alemania los ilustres nombres de d'Outrepont, Ritgen, Siebold, Busch, Kilian, Rosshirt, Kumpe, Hüter, Grenser, Scanzoni, Kange, Credé, Weissbrod, Kohl, C. Braun, Spæth, G. Braun, se penetraron de la importancia de los trabajos de Wigand, y las observaciones publicadas por d'Outrepont, E. Machaelis (de Kiel) y E. Martin demuestran que la operacion de que me ocupo ingresó al dominio de la práctica.

Pero ese rayo de luz alumbró solo á Alemania; los parteros franceses apénas tomaron parte en ese adelanto, y durante el reinado de las ideas de Baudelocque no se pensó en Francia en la importancia de la moniobra de Wigand.

Pasó algun tiempo para que sobreviniera el renacimiento de la version externa. Segun se cree, Hubert, profesor de la universidad de Lovaina, sin conocer los trabajos de Wigand, contribuyó á su estudio en 1843. Roberto Barnes en Inglaterra, Barker y Taylor en los Estados Unidos se ocuparon del asunto. En Francia los siguientes trabajadores: Lecorché Colombe, en 1836 hizo, segun Belin, varias versiones externas en presentaciones de nalgas; Chailly–Honoré en union de Devilliers practicó una vez la maniobra; en 1855, M. Mattei, que se distinguió por sus notables estudios, aconsejó la version en los abocamientos de nalgas, y siguiendo á Wigand, la *reduccion* en los de tronco; en 1857, Herrgott tradujo en francés la obra de Wigand, desconocida por la generalidad de los sabios de esa nacion. En 1858, M. Ducellier, de Ginebra, escribió una buena tésis sobre este motivo, y el Dr. Nivert escribió otra y presentó trece observaciones personales. Por último, M. Belin, en 1866 escribió una Memoria notable y la comprobó con tres observaciones. (**)

En cuanto á México, tocó al Sr. Rodríguez la gloria de haber introducido la version por maniobras externas; él mismo

(*) *De la version par manœuvres externes*, par A. Wigand: traduccion del profesor Herrgott. Estrasburgo, 1857.

(**) Los datos que me han servido para hacer esta reseña histórica los tomado del "Traité du palper abdominal," por M. Pinard.

dice el orígen de su fecunda idea en su Manual inédito del arte de los partos, que con gusto trascribo: "La lectura de la Memoria de Wigand, traducida por Herrgott, escrita con objeto de desenterrar del polvo del olvido la operacion hipocrática, combatida antaño por Celso, y ogaño por Baudelocque (tenaz opositor y contradictor de muchas reformas tocológicas útiles que hoy forman el más brillante floron de la corona de nuestro arte predilecto), y el concienzudo estudio de las observaciones que pudimos haber á las manos sobre casos nacionales de version por maniobras internas, practicadas por varios de nuestros comprofesores mexicanos y europeos, cuyos resultados habian sido muy deplorables, nos decidieron á recomendarla á nuestros discípulos, alumnos de la clínica de Obstetricia en el año de 1869, y á proponerla á la Sociedad Médica, hoy Academia de Medicina, á cuyo fin le presentamos una pequeña Memoria que fué leida el dia 2 de Setiembre de ese mismo año, y que puede verse en las páginas 282 y siguientes del tomo 4º de la "Gaceta Médica de México."

"En dicha Memoria dijimos cuanto creimos conducente á nuestro objeto, apoyándonos principalmente en el primer ensayo de *version por maniobras externas* que ejecutamos á la vista del profesor Licéaga, y de los Sres. Mendizabal, Iturbide y Villanueva, alumnos entónces de la clínica, cuyo favorable éxito, además de que sirvió para abogar en pró de la nueva práctica introducida por nosotros, libró al niño y á la mujer, propensa á tener á sus hijos abocados en presentacion viciosa por razon de la *oblicuidad uterina* y de las *contracciones rítmicas dolorosas* que aparecian desde el 7º mes del preñado, y que por dos veces consecutivas habia estado muy próxima á sucumbir de metro-peritonitis puerperal, ocasionada por traumatismo consecutivo á las versiones podálicas ejecutadas para desembarazarla de sus hijos, muertos en el claustro materno."

El dia 18 de Julio de 1871, el Sr. profesor Rodríguez, en presencia de sus aprovechados discípulos los Sres. Sosa, Gutierrez (Rosendo) y Hernandez (Jesus) hizo por la primera vez en México la *inversion* del producto de concepcion (es de-

cir, trasformó una presentacion de la extremidad pelviana, tercera posicion, en una de vértice, primera posicion) en la Sra. M. E. de B., multípara, que vivia en la Tocinería de Regina. En las páginas 103–106 del tomo 7º de la "Gaceta Médica" puede verse la historia detallada del hecho que fué coronado de éxito.

"Este primer impulso, este primer paso en la senda que guía siempre al hombre á la consecucion de sus miras filantrópicas, la aclimatacion de toda reforma provechosa, no fué en vano; la pequeña semilla germinó en el corazon de un colaborador tan diestro y entusiasta como fué el profesor Ortega (A.), que siempre propagó entre sus discípulos la maniobra de Wigand (Rodríguez)."

Desde 1869, el Sr. profesor Rodríguez no solamente ha practicado la maniobra en cuestion cuantas veces se le han presentado abocamientos viciosos, sino que se la ha enseñado á ejecutar á muchos profesores y á cuantos alumnos han acudido á su clínica y á sus lecciones particulares; y hoy puedo decir que en la vasta extension del territorio mexicano existe una falange infatigable de parteros que sigue las doctrinas del eminente profesor de Clínica de Obstetricia, y por ello se felicitan la ciencia y la humanidad.

La version por maniobras externas es una operacion que tiene por objeto *convertir* la presentacion trasversa en longitudinal, é *invertir* y *regularizar* ésta si es de la extremidad pelviana ó de cara, de modo que en último resultado el ovoide cefálico doblado venga á abocarse con el estrecho superior.

Comprende, pues, tres operaciones: *la conversion, la inversion y la regularizacion* (Rodríguez), cuyas definiciones particulares se desprenden de la definicion general y por tanto no las formulo.

Prévio el diagnóstico exacto de la presentacion y posicion del feto, durante el embarazo ó en el trabajo del parto, y en

el tiempo y con los requisitos que luego señalaré, la version por maniobras externas ó mixtas tiene las siguientes

Indicaciones: 1ª *En las cuatro posiciones de tronco debe hacerse siempre* LA CONVERSION; *es decir, debe llevarse el ovoide cefálico doblado al estrecho superior, y fijarlo allí.*

2ª *En las cuatro posiciones de la extremidad pelviana debe hacerse siempre* LA INVERSION *cefálica, y ayudar á la naturaleza en el encajamiento de la region nuevamente abocada.*

3ª *En las posiciones de cara, especialmente las fronto-anteriores, debe hacerse siempre* LA REGULARIZACION *del abocamiento, y fijar la cabeza en la nueva posicion.*

4ª *Durante el trabajo del parto y no habiéndose roto aún las membranas, debe intentarse siempre la version externa en las presentaciones viciosas (de la extremidad pelviana, de tronco y de cara).*

5ª *Si se presencia la rotura de la fuente y se tiene grande habilidad de manos, debe intentarse al punto la conversion y la regularizacion por maniobras mixtas de las posiciones trasversas y faciales, pues hasta ese momento se cuenta con la movilidad del feto, requisito indispensable de la version.*

6ª *En casos excepcionales se puede intentar la regularizacion por maniobras mixtas, áun cuando la cabeza descienda algo en el canal pelviano; pero para esto se requiere, en general, que la pélvis sea amplísima, el feto poco desarrollado, mujer multípara, etc. Un hecho curioso de esta especie se presentó el año pasado en la Maternidad, y con el auxilio oportuno de la hábil partera en jefe de la Casa, Doña Josefa Lobo de Rodríguez, se resolvió felizmente.*

La contraindicacion general de la version por maniobras externas ó mixtas, es la falta de movilidad del feto; de ésta se desprenden las particulares siguientes:

1ª *En los embarazos múltiples.*

2ª El señor profesor Rodríguez ha señalado, ántes que nadie, que la cortedad accidental del cordon umbilical en las presentaciones pelvianas, contraindica formalmente la version externa. La auscultacion uterina demuestra un soplo permanente, isócrono de los latidos cardíacos del feto, que es el signo de que la circulacion de su sangre no es libre y expedita, de que su existencia está amenazada, y de que toda intervencion externa podria exagerar esa cortedad accidendental y comprometer la vida de madre é hijo por los accidentes que pudieran desarrollarse (despegamiento de la placenta, rotura del cordon, desgarramiento del útero). Las consideraciones precedentes son aplicables tambien al abocamiento de tronco, y permiten asentar esta proposicion contraindicante: *En las presentaciones pelvianas y de hombro, siempre que la auscultacion revele un soplo persistente, isócrono al pulso fetal, indicio cierto de la cortedad accidental del cordon, el tocólogo debe abstenerse de toda maniobra externa, y vigilar atentamente á la embarazada para que cuando se hallen reunidos los requisitos indispensables para intervenir, haga al punto la operacion que esté indicada, puesto que el feto sufre y es de deber salvarle.*

Los hechos me han enseñado que, contrariamente á lo que cree M. Pinard, la version externa no está contraindicada "en los casos de presentaciones pelvianas, sobre todo en las primíparas;" y aunque el autor citado dice que en esas circunstancias de presentacion *franca* el feto no puede evolucionar porque se lo impide la forma del útero, yo, ante la elocuencia de algunas observaciones, creo que no solo se pueden hacer algunas tentativas con intervalo de algunos dias, como asevera M. Pinard, sino que el partero tiene la obligacion de insistir hasta ver invertida la presentacion pelviana.

Si es verdad que la ciencia enseña que hay ciertas conformaciones que dan al útero mayor extension en su diámetro trasverso, haciendo casi necesaria la situacion de hombro; esta circunstancia no debe detener al artista en su noble anhelo de convertir la posicion irregular en una mejor. Sucede con frecuencia que en estos casos, despues de ejecutada una

vez la operacion, el feto vuelve á la presentacion viciosa; pues bien: el partero tiene la obligacion de corregir dicha posicion tantas veces cuantas sea necesario, y fijar la cabeza en el estrecho superior: el trabajo es considerable; pero ante la sombría perspectiva de dos muertes, toda tarea, por penosa que se imagine, es un triunfo, una dulce satisfaccion del alma.

Se ha discutido mucho acerca del tiempo en que debe hacerse la version externa; y si los autores no se han podido entender, esto depende de que no se ha estudiado bien el acomodamiento fetal. Tentado estoy á copiar lo que el insigne profesor Rodríguez dice á este propósito; mas me detiene lo inútil de una repeticion, puesto que en la primera parte de esta tésis puede verse su doctrina del acomodamiento fetal; de la cual se desprende: 1º, que del 7º al 8º mes del embarazo, en las nulíparas, operándose en la pélvis los cambios anátomo–fisiológicos indispensables para el encajamiento de la cabeza, para la fijeza definitiva de la situacion del feto, con la debida anticipacion el arte debe llevar el ovoide cefálico al estrecho superior para que la naturaleza disponga del tiempo requerido, á fin de desempeñar su importantísima funcion; y 2º, que retardándose en las multíparas ese acomodamiento, tanto porque el útero se resiente de sus fuerzas tónica y elástica, menguadas en las gestaciones anteriores, cuanto por la flaxidez y relajamiento del resorte abdominal, la intervencion puede retardarse algo, mas nunca dejar pasar el 8º mes de la gestacion sin corregir lo vicioso del abocamiento. *Por consiguiente, la version por maniobras externas debe intentarse en las nulíparas desde el 7º mes del embarazo, y en las multíparas desde el 8º.*

Cuando fuera de esas épocas se anticipan las maniobras, no solo no se consigue fijar al feto en la posicion deseada, porque su pequeñez, su gran movilidad, factores en contra de su acomodamiento, se opongan á ello; sino que se podria ocasionar hasta el parto prematuro con sus peligros posibles para

la madre y casi seguros para el hijo. Por tanto, á ménos de fuerza mayor (vómitos incoercibles, eclamsia, etc.), la version externa debe hacerse en los límites fijados.

"*El requisito general indispensable para intentar la version externa, consiste en haber hecho el diagnóstico exacto de la presentacion y posicion del feto.* El fundamento de esta recomendacion se halla en el destino mismo de la conversion, de la inversion ó de la regularizacion del feto. Para situarle favorablemente, preciso es saber ántes, de modo que no quede duda alguna, cómo lo está desfavorablemente, dónde se halla la region que ha de quedar abocada, y hácia dónde se ha de conducir la opuesta." (Profesor Rodríguez, "Manual inédito del Arte de los Partos.")

Estudiando el mecanismo de la version espontánea en las posiciones de tronco y pelvianas, se llega á deducir que el arte puede imitarlo, que es de necesidad emplear las dos manos y obrar al mismo tiempo sobre los dos polos del feto, como les llama R. Barnes. "Esta accion combinada puede hacerse por maniobras externas á través de las paredes abdominal y uterina, ó bien con una mano dentro y otra fuera *(maniobra mixta).* Una ú otra manera de proceder están subordinadas al mismo principio: *obrar, á la vez, sobre los dos polos del ovoide fetal.*" (Rodríguez, op. cit.) Las maniobras que describiré serán siempre bipolares y bimanuales, y pueden ejecutarse, ó por el partero solo, ó lo que es preferible, con el concurso de ayudantes.

Antes de hacer la version se deben vaciar la vejiga y el recto; si aparecen las contracciones orgánicas, se deben combatir con lavativas laudanizadas y aplazarse la operacion; si las tónicas, esperar el relajamiento del músculo, que viene á pocos instantes, pues es de regla maniobrar en el reposo completo de la matriz. Casos raros pueden ofrecerse en que la excitabilidad de la embarazada despierte contracciones uterinas ó abdominales, y siendo esto un gran obstáculo para

hacer evolucionar al feto, el cloroformo encuentra aquí una indicacion, siempre que no lo contraindique causa mayor.

Acostada la mujer en la cama, en decúbito dorsal, cerca del borde de ella, con los miembros inferiores en la semiflexion á fin de relajar las paredes abdominales, recomendándole que no haga ningun esfuerzo y guarde la mayor tranquilidad, el tocologista, colocado de pié al borde derecho ó izquierdo de la cama, segun donde esté la cabeza, da principio á la operacion. Siendo distinto el *modus faciendi* en cada una de las presentaciones y áun en las posiciones, llenaré las indicaciones de la práctica con las descripciones particulares siguientes.

Antes de entrar en materia, *llamaré la atencion acerca de la adicion importante, necesaria para el buen éxito de toda version por maniobras externas, y que se debe exclusivamente al señor profesor Rodríguez, que la puso en práctica en la primera conversion que se ejecutó en México, en el año de* 1869. "*La modificacion ó adicion á la version externa consiste en que un ayudante experto y entendido practique el tacto vaginal durante la ejecucion, y éste tiene el deber de dar cuenta al operador de lo que pasa, advirtiéndole cuándo toca la cabeza y el momento preciso en que se encaja en el canal.*" (Rodríguez, op. cit.)

Si por accidente al hacer la version bajase al mismo tiempo que la cabeza algun miembro, yo preferiria, dice el Sr. Rodríguez, en vez de dejar así las cosas, volver al feto á la posicion que ántes tenia, y dejar pasar uno ó varios dias con la esperanza de que al emprender de nuevo la maniobra ya no se repitiria el accidente.

Posiciones sacro-anteriores.—Colocado el operador de pié, á la izquierda ó derecha del borde de la cama, segun que se trate de la primera ó segunda posicion, lleva su mano al fondo del útero, al sitio preciso donde la palpacion le ha mostrado la cabeza, y tomando ésta, le imprime primero un movimiento de flexion exagerado; segundo, uno de deslizamiento; en direccion del diámetro longitudinal del feto; miéntras tanto, la otra mano desencaja ó levanta la extremidad pelviana,

si continuase ese movimiento, el feto tomaria al fin una posicion de vértice tambien viciosa, por ser posterior, especialmente en las nulíparas; pero el artista, conociendo de antemano el camino que tiene que hacer andar al producto para colocarle en posicion occípito-anterior, desde el momento que moviliza al feto y comienza la maniobra bipolar, cambia de rumbo, é imprimiéndole un movimiento simultáneo alrededor de sus diámetros trasverso y longitudinal, consigue mantener el dorso hácia adelante, levantar la pelvis y llevar sin gran dificultad el polo cefálico al estrecho superior, y poner en relacion el occipital con cualquiera de las dos eminencias íleo-pectíneas. Antes de colocar definitivamente la cabeza, el partero espera que el ayudante-vigía le avise si esa extremidad se aboca doblada ó extendida, si tiende á encajarse ó no, etc., para normar su conducta, llenando la indicacion que el caso particular requiera. Así, si la cabeza se extiende, se suspende la operacion y se practica *la regularizacion;* si la edad del embarazo y la amplitud relativa de la pélvis impiden el inmediato encajamiento del ovoide cefálico, debe abocarse siempre esta region, fijarla allí por el vendaje especial, y esperar que la naturaleza conjugue los pequeños diámetros del ovoide cefálico con el oblícuo correspondiente. Concluida la maniobra, el partero debe servirse del triple medio de la palpacion, auscultacion y tacto vaginal para asegurarse de la nueva presentacion y posicion del producto. Hecho esto, si no está fija la nueva situacion, se aplica á la embarazada el sencillo y eficaz vendaje que se usa en la Casa de Maternidad y que se compone de dos compresas (toalla comun, una sábana pequeña etc.), que se colocan longitudinalmente en uno y otro flancos, y en una ancha faja circular que pueda sujetar las compresas y hacer las veces de un tirante elástico que impida al feto volver á la situacion viciosa: dicha venda circular, de una tercia de ancho, se amolda al vientre y se prende con alfileres de seguridad. Recomendando á la embarazada quietud absoluta durante algun tiempo, segun las circunstancias, se da por ese dia terminada la operacion, á reserva de hacer consecutivamente otro ú otros exámenes y maniobras hasta fijar la nueva posicion. Me

apresuro á manifestar, que si las maniobras despertasen contracciones dolorosas, inmediatamente se les aplicará el tratamiento adecuado (lavativas laudanizadas, reposo completo del cuerpo y del espíritu, mantener la libertad de los receptáculos sinérgicos, etc.).

Posiciones sacro-posteriores.—En estos casos la operacion es más fácil que en las posiciones sacro-anteriores, porque la cabeza, presentando mayor superficie no hay más que exagerar fuertemente con una mano su flexion, miéntras que con la otra se levanta el polo pelviano, para hacer girar el plano resistente del feto alrededor de su diámetro trasverso, con lo cual se conseguirá *la inversion* inmediata y directa del feto en una posicion de vértice diametralmente opuesta á la viciosa; quiere decir, que las posiciones 3ª (s. i. d. p.) y 4ª (s. i. i. p.) se invertirán respectivamente en las posiciones 1ª (o. i. i. a.) y 2ª (o. i. d. a.). Las mismas consideraciones, preparativos y cuidados consecutivos que en el supuesto anterior.

Posiciones de tronco, dorso-anteriores.—Aquí la maniobra es bipolar desde el principio de la operacion. Al mismo tiempo que con una mano se dobla más la cabeza y se dirige al estrecho superior, con la otra se levanta la extremidad pelviana y se lleva al fondo del útero. Este movimiento, que debe ser uniforme y mesurado, se repetirá cuantas veces sea necesario, hasta que el ayudante-vigía indique que se aboca la cabeza. En ese momento, con una mano se sostiene la extremidad pelviana y con la otra se hacen tentativas para encajar y fijar el ovoide cefálico. Se ratifica la nueva posicion por la palpacion, la auscultacion y el tacto vaginal. Se aconsejan ó aplican á la embarazada los cuidados indicados precedentemente.

Posiciones de tronco, dorso-posteriores.—Se diferencian únicamente de las anteriores en que al convertir la posicion se imprime al feto un movimiento de rotacion alrededor de su diámetro trasverso á fin de llevar el plano resistente hácia adelante.

Posiciones fronto-anteriores.—Acostada la mujer en decúbito supino, se levanta su pélvis con un cojin ó almohada para poner declive el fondo de la matriz. Hecho esto, y prévios todos los preparativos generales á la version externa, con una mano ó las dos de un ayudante se hace descender el polo pelviano hácia el fondo de la matriz (punto declive), y con la otra, comprimiendo el ovoide cefálico hácia abajo y atrás, se ejecuta la flexion de la cabeza, *la regularizacion* de la presentacion, miéntras tanto, como es de regla, un dedo inteligente practica el tacto vaginal, que en estas circunstancias, como en todos los casos de version, es una fuente de indicaciones útiles. El procedimiento anterior podria ser aplicable á las *posiciones fronto-posteriores*, con ciertas modificaciones dependientes de la situacion del feto. No tengo experiencia acerca de este último particular.

La 4ª indicacion de la version externa se cumple siguiendo las reglas dadas para cada uno de los abocamientos viciosos; pero teniendo el mayor cuidado, la más esquisita mesura en las maniobras (que deben hacerse precisamente en el intervalo de las contracciones; pero sosteniendo al feto en el momento de ellas á fin de no perder lo conseguido) para no romper prematuramente la bolsa amniótica, accidente que siempre debe evitarse.

La 5ª indicacion, reservada á los maestros, debe intentarse sin embargo; para su realizacion, se obsequian los preceptos clásicos.

Para realizar la 6ª indicacion, prévios los cuidados generales ya indicados, miéntras que un ayudante lleva el polo pelviano del feto hácia el fondo del útero (entónces declive por el artificio señalado), el partero sentado frente á la embarazada (que está en posicion tocológica), lleva su mano diestra al canal, y aprovechándose del momento (intervalo de un dolor) en que su ayudante hace más móvil la cabeza procura doblar ésta; si fracasa en la primera tentativa, debe esperar otro intervalo de contraccion para repetirla, y así sucesivamente hasta efectuar *la regularizacion.*

El partero tiene la obligacion de examinar á su operada

tantas veces cuantas sea necesario hasta fijar la nueva y benéfica posicion. Al iniciarse las contracciones preparatorias del parto y áun en el trabajo mismo debe hacer exámenes cuidadosos y corregir lo anormal que se presente, para ver realizado este bello ideal: QUE TODAS LAS MADRES PARAN A SUS HIJOS POR EL VÉRTICE, EN POSICION OCCÍPITO-ANTERIOR.

Las observaciones siguientes afirman mis asertos: la mayor parte pertenecen al Sr. profesor Rodríguez; presencié muchas é intervine en algunas. Deseaba presentar un cuadro estadístico de las innumerables versiones externas que desde el año de 1869 ha ejecutado el eminente clínico; pero faltándome tiempo para recopilar tantos hechos, únicamente me limito á publicar en compendio los que más fácilmente he podido recoger.

Desde Mayo de 1877 hasta Agosto de 1878, el Sr. profesor Rodríguez ejecutó 26 versiones externas. Hélas aquí en resúmen.

CLÍNICA.	CASOS
Conversion cefálica	5
Inversion cefálica	7
Regularizacion cefálica (de 2ª facial se regularizó en 2ª de vértice)	1
PRÁCTICA CIVIL.	
Conversion cefálica	9
Inversion cefálica	4

"Resultado. En estos 26 casos, tanto los partos como los puerperios fueron fisiológicos, excepto uno en que la muerte sobrevino á consecuencia del marasmo (Casa de Maternidad). De los 7 casos de inversion practicados en la Maternidad, 4 de 1ª posicion pelviana se invirtieron en 2ª cefálica, y 3 de 2ª pelviana en 1ª de vértice. De los 4 de la práctica civil, uno de 4ª pelviana se invirtió en 2ª cefálica, y los tres restantes de 3ª pelviana en 1ª cefálica, etc., etc.

Debo á la amabilidad del Sr. Dr. José Olvera la observacion que sigue.

"En uno de los dias de Junio del año pasado fuí solicitado para ver á una parturiente que era asistida por la Sra. Cármen Patiño, cuya profesora habiendo reconocido á la mujer encontró una posicion viciosa del feto, y en consecuencia manifestó que era necesaria la presencia de un médico."

"Cerca de las cuatro de la tarde llegué á la casa de la parturiente, y despues de informarme de los antecedentes supe que habia tenido otro parto fisiológico dos años ántes. La edad de la mujer seria de cerca de 40 años y el embarazo parecia á término. La Sra. Patiño habia diagnosticado una presentacion de tronco, primera posicion de hombro y 1ª del hombro derecho (acromio-ilíaca-izquierda, dorso-anterior). Luego que reconocí yo á la enferma, confirmé el diagnóstico de la partera, y no habiéndose roto la bolsa, puesta la mujer en posicion conducente, intenté la conversion por maniobras externas (procedimiento nacional) y con unas ligeras maniobras bajó la cabeza y giró algo á la derecha, subió la extremidad pelviana y el feto quedó en 2ª posicion de vértice (o. i. d. a.); inmediatamente despues se rompió la bolsa; pero desgraciadamente agotada la fuerza del útero por los dolores anteriores que habian sido estériles por el abocamiento vicioso, sobrevino una inercia completa. Esperé dos horas, hasta que debilitándose ya mucho el corazon fetal, le extraje por medio del forceps, saliendo el niño un poco asfixiado y con dos vueltas del cordon en el cuello. Con facilidad se consiguió hacerlo respirar. El puerperio fué fisiológico.—México, Marzo de 1880.—*José Olvera.*"

Durante mi asistencia é internado en la Casa de Maternidad, observé los hechos de version externa que á continuacion compendio.

I

El 17 de Abril de 1879 llegó á la Maternidad Arcadia Gutiérrez, de 18 años de edad. El diagnóstico por la inspeccion, palpacion y auscultacion abdominales, reveló que tenia un embarazo simple, de siete y medio meses de edad, que el feto se abocaba por la extremidad pelviana, en posicion 1ª (s. i. i. a). A los dos ó tres dias de la llegada, prévios los cuidados ordinarios, Arcadia Gutiérrez fué operada. El Sr. profesor Rodríguez, ayudado del profesor adjunto, D. J. I. Capetillo, y de la partera en jefe, Sra. Lobo de Rodríguez, que practicaba el tacto, ejecutó en unos cuantos minutos la inversion del producto, que quedó en 1ª de vértice (o. i. i. a.), con la cabeza en el estrecho superior, pero no encajada. Se aplicó el vendaje para fijar la nueva situacion y se recomendó reposo á la mujer. Examinada al dia siguiente, se vió que el feto conservaba la nueva presentacion. En el trascurso de mes y medio se practicaron 8 ó 10 exploraciones, y en todas ellas se observó el éxito de la maniobra: en fin, durante el parto se hizo el último diagnóstico, que fué plenamente confirmado por el alumbramiento: éste tuvo lugar en 1ª de vértice. Niño y madre salieron de la Casa enteramente sanos.

II

Isabel Hernández, de 30 años de edad, de temperamento sanguíneo, fuerte constitucion y atléticas formas, entró al servicio del Sr. Profesor Rodríguez el 11 de Mayo de 1879. Despues de haberle tomado los antecedentes, se supo que era plurípara, y que la época de su última menstruacion remontaba á principios de Agosto de 1878. La palpacion abdominal reveló una posicion 1ª de vértice, dato ratificado por la auscultacion, que marcó el foco de los latidos en la fosa ilíaca izquierda, propagando la onda sonora más hácia arriba que abajo y trasversalmente. El prónostico no podia ser mejor. El 13

de Mayo se inauguraron los dolores del parto, que tenian un vigor insólito; el producto se abocaba bien. A las 12 horas de trabajo, terminada la dilatacion del orificio y rota la fuente, se practicó el tacto; y con gran sorpresa se notó que se presentaba la cara: acto contínuo la Sra. Lobo de Rodríguez, con su habilidad acostumbrada, practicó la regularizacion: poniendo en declive el fondo del útero, tomó el dorso del niño con la mano izquierda, y llevándolo hácia atrás y abajo, con la otra mano hizo la flexion de la cabeza, no sin grandes esfuerzos. Una discípula aventajada ayudó al desalojamiento del polo pelviano. A los pocos instantes, enérgicas contracciones expulsaron un hermoso niño en 1ª de vértice: son dignos de mencionarse su peso (3,170 grm.), su longitud (0^{m} 51) y la medida de los diámetros de su cráneo (occípito-mentoniano 0^{m} 14, occípito-frontal 0^{m} 12, occípito-bregmático 0^{m} 095, biparietal 0^{m} 10, bitemporal 0^{m} 09, facial 0^{m} 09). Al décimoquinto dia del parto, despues de un puerperio fisiológico, madre é hijo dejaban el hospital.

III

Anastasia García, de 40 años de edad, de temperamento nervioso y buena constitucion, se presentó el 15 de Marzo á la Maternidad. Habiéndola examinado, la inspeccion me mostró un tipo de vientre en alforja. Habia tal flaxidez de las paredes útero-abdominales, se encontraban tan menguadas en su elasticidad y tonicidad, que no solo se podia dibujar al feto, señalando algunas de sus partes con la mayor claridad, sino indicar aún el sitio y forma de algunas vísceras del vientre. Rectificando la situacion anómala del útero, reconocí que el feto estaba en posicion 1ª de la extremidad pelviana y que gozaba de gran movilidad. Siendo la mujer multípara y tratándose de un embarazo de siete meses, toda maniobra externa era inútil é ineficaz. Sin embargo, se le aplicó un vendaje circular que levantase el útero y diera cierta fijeza al vientre, á fin de que la embarazada estuviese más cómoda y su producto resguardado de excitaciones y violencias

exteriores que, indudablemente, podian influir en su desarrollo. Con alguna frecuencia se examinaba á esta mujer, porque el señor profesor de Clínica al dar sus luminosas lecciones, se servia de ella como tipo para hacer patente que la carencia de los factores del acomodamiento, influyen directamente en la situacion del feto. Al mes de estar en el servicio, se creyó oportuno invertir la posicion viciosa. El señor profesor y el jefe de clínica, Sr. Capetillo, emprendieron la operacion. El dedo inteligente de la Sra. J. Lobo de Rodríguez hacia el tacto vaginal. Unos cuantos minutos bastaron para invertir la presentacion: la partera avisó que apénas alcanzaba la cabeza; el Sr. Rodríguez hizo tentativas para encajarla, y aunque bajaba algo, no se consiguió el objeto. Para fijar el abocamiento de vértice (o. i. d. a.) se aplicó á la embarazada el vendaje ordinario, recomendándole algun reposo. Al siguiente dia, estando en los preparativos para repetir el estudio, se informó al profesor que la operada se habia quitado la venda y no habia guardado cama. Desde luego se previó lo que se debia hallar; y en efecto, el feto habia vuelto á su situacion viciosa. Se repitió la inversion con la misma facilidad y prontitud, se procuró fijar la cabeza y se encareció á Anastasia García la necesidad que tenia de estarse quieta; obedeció las órdenes, y al siguiente dia se encontró al producto en 1ª del hombro izquierdo (a. i. d. a.); como se ve, ya se habia conseguido algo: el vendaje comenzaba á desempeñar sus funciones, y sin pérdida de tiempo se practicó *la conversion*, en la cual tomé parte; se volvió á vendar y reducir lo más posible la enorme alforja, á fin de rectificar los ejes uterino, pelviano y abdominal, y permitir que la cabeza fetal se encajase. El tacto vaginal en esta ocasion dió el mismo resultado que anteriormente.

En el espacio de quince dias se estudió á la embarazada dos ó tres veces, y en todas ellas se fué notando que el feto, al crecer, disminuía su movilidad, se amoldaba más á la forma que artificialmente se habia dado á las paredes útero abdominales, que la nueva posicion tendia á la fijeza; en una palabra, que los fenómenos del acomodamiento fetal se iban efectuan-

do: el penúltimo exámen, once dias ántes del parto, nos mostró la cabeza encajada y la presentacion estable; el vendaje permaneció *in situ* durante mes y dias. Iniciados los dolores preparatorios, se hizo un exámen como de costumbre: el feto se abocaba por el vértice en 1ª posicion (o. i. i. a). A las nueve horas de trabajo nació una niña robusta: cuyas dimensiones merecen especial mencion. Peso: 3,545 gramos. Longitud: 0m 54. Diámetros del cráneo: occ.-men. 0m 14, occ.-front. 0m 12, occ.-breg. 0m 95, biparietal 0m 95, bitemporal 0m 85, facial 0m 90. Esta observacion es de utilísima enseñanza: estudiadas sus consecuencias se obtienen preceptos prácticos del más alto interés; invito, por tanto al lector á que las haga.

IV

Vicenta Pineda, de 15 años de edad, sirvienta, entró á la Maternidad el dia 3 de Julio de 1879. Dió por antecedentes que era nulípara, y que en Noviembre de 1878 habia tenido su última menstruacion. Se procedió á su exámen, y se encontró lo siguiente: el diámetro longitudinal del útero mayor que el trasverso; hácia el hipogastro no se tocaba ningun tumor duro, pero sí desigualdades fetales; en el fondo del útero se tentaba un tumor voluminoso, duro, esferoide, desalojable (region fronto-bregmática): sensacion quística, desigualdades y movimientos propios del producto hácia adelante y á la izquierda. El máximum de auscultacion se oía (haciendo acostar á la embarazada en decúbito lateral izquierdo) en el flanco derecho, hácia atrás y á la altura de la zona supra-umbilical, y los latidos se propagaban más hácia abajo que arriba, y trasversalmente. Se trataba, pues, de una presentacion pelviana, 3ª posicion (s. i. d. p.). Como la muchacha en cuestion era nulípara, poco desarrollada, y el parto en perspectiva ofreceria gravísimos inconvenientes, se pensó al punto en corregir el abocamiento. La edad del embarazo y la movilidad del producto convidaban á ejecutar la operacion. El mismo dia 3, despues de vaciar el recto y la vejiga, y acostar convenientemente á la mujer, el señor profesor Rodríguez y el Sr. Cape-

tillo ejecutaron *la inversion* con la mayor habilidad y prontitud, tomando la cabeza por una parte, y exagerando su movimiento de flexion, al mismo tiempo que se procuraba llevarla al estrecho superior, miéntras que por otra parte se levantaba y empujaba la extremidad pelviana hácia la zona superior de la matriz. La partera en jefe de la Casa, Sra. J. Lobo de Rodríguez, introduciendo el índice por la vagina y á través del segmento inferior, vigilaba entretanto la marcha de la maniobra, para indicar á los operadores el momento en que la cabeza llegaba al estrecho superior, á fin de que suspendieran sus manipulaciones. El Sr. Rodríguez, tomando la cabeza en el hipogastro intentó encajarla, ó cuando ménos colocarla convenientemente en el área del estrecho superior, etc., para que el acomodamiento pudiera efectuarse. La operacion se terminó en ménos de cinco minutos, despues de la cual se hizo un nuevo exámen, encontrando al feto en 1ª de vértice (o. i. i. a.). Se aplicó el vendaje usado en la Casa, y se recomendó á la mujer algun reposo. El dia 4 se volvió á examinar á Vicenta Pineda; el producto estaba en 2ª de vértice (o. i. d. a.), la cabeza muy alta. El dia 5 se la volvió á explorar; el feto no estaba ya ni en 1ª posicion de vértice, como se la dejó el dia de la operacion, ni tampoco en 2ª como se la encontró al dia siguiente, sino en una situacion intermedia á estas dos posiciones. Se ve que el movimiento que sufrió fué ménos extenso que el del primer dia, lo que hizo suponer *à priori* que la movilidad era menor: esta suposicion la confirmó el tacto vaginal, que permitia tocar la cabeza mucho mejor que ántes; era, pues, inconcuso, que esa parte empezaba á experimentar ya los movimientos de conjugacion. (Véase en la 1ª parte de este trabajo, el acomodamiento del ovoide cefálico.) Se vigiló casi diariamente á esta mujer, hasta que la nueva situacion se fijó por completo, encajándose la cabeza. En fin, el dia 19 de Agosto, á las dos de la tarde, despues de 10 horas de trabajo, tuvo lugar el parto de un niño, que, habiendo nacido en un estado avanzado de asfixia, se logró hacerle respirar despues de media hora de incesantes esfuerzos. *La inversion* tuvo un éxito completo.

V

Josefa Ramírez, de 21 años de edad, de temperamento sanguíneo y buena constitucion, entró á la Maternidad el dia 16 de Julio de 1879. Examinada que fué, se supo que á principios de Noviembre de 1878, habia tenido su última menstruacion, que era primípara, y que su producto estaba colocado en 2ª posicion pelviana (s. i. d. a.). Se pensó desde luego en hacer la inversion cefálica; pero por atenciones de mayor interés se demoró hasta el dia 21. Este dia, prévios los cuidados ordinarios y un nuevo diagnóstico, se procedió á las maniobras. El señor profesor Rodríguez, el Sr. Dr. G. Alcorta, y la Sra. Lobo de Rodríguez, que se encargó del importante papel del tacto vaginal, ejecutaron la inversion cefálica en 4 minutos, quedando el feto en 2ª de vértice (o. i. d. a.); la cabeza fetal quedó bien abocada al estrecho. Aplicacion del vendaje contentivo, etc. Al siguiente dia se encontró al feto en 1ª de vértice (o. i. i. a.), y la cabeza más encajada. El 4 de Agosto, á las 9¼ de la noche, parió Josefa Ramírez con toda felicidad un niño del sexo masculino, en 1ª de vértice. A los 15 dias del alumbramiento, madre é hijo se separaban de la Casa de Maternidad.

VI

Dolores Vega, de 30 años, de buena constitucion, secundípara, se presentó á nuestro estudio el 5 de Agosto de 1879. El exámen del vientre demostró gran tension de las paredes; el del útero, que el feto, poco móvil, se abocaba en 2ª de la extremidad pelviana (s. i. d. a). El mismo dia se hizo la inversion por el Sr. Profesor Rodríguez y los alumnos Ramos (M.) y Quintero (J. E.) La partera en jefe hizo el tacto. La operacion se llevó á cabo con alguna dificultad por la tension considerable de las paredes útero-abdominales, y por la poca movilidad del producto. La cabeza quedó algo encajada, y el feto en 1ª de vértice. Se creyó inútil el vendaje. Al

dia siguiente, la palpacion abdominal enseñó que el producto conservaba la nueva posicion, y el tacto sintió el ovoide cefálico en el estrecho superior, fijo. Tampoco se aplicó el vendaje. El 4 de Setiembre, Dolores Vega parió espontáneamente un niño, despues de siete horas de trabajo. Mi querido amigo D. Manuel Ramos, entónces interno de Maternidad, dió de alta á madre é hijo, el 19 de Setiembre.

VII

El 9 de Octubre de 1879 entró Consuelo Sánchez al hospital. Era de 30 años de edad, de temperamento nervioso y regular constitucion; á los 15 años habia menstruado por la primera vez, y el último período databa de Febrero de 1879; habia tenido cuatro partos naturales, y ningun accidente la habia molestado durante su embarazo.

Se hizo el diagnóstico y se encontró un feto en 1ª posicion de la extremidad pelviana; "en el sitio donde se percibian los latidos del corazon fetal, se escuchaba un soplo fuerte, isócrono á dichos latidos."

"Se intentó al dia siguiente la inversion cefálica por maniobras externas; pero no pudo lograrse, y se dejó al producto en 2ª posicion pelviana (s. i. d. a)."

"El dia 13 se volvió á intentar la maniobra, primero sin el cloroformo, y despues bajo la influencia de este anestésico; pero despues de repetidos ensayos, en que tomaron parte el Sr. Profesor Rodríguez, los Sres. Dres. San Juan, Capetillo, y Alcorta, y los Sres. Ramos y Quintero, hubo que abandonar la maniobra, pues el feto persistia en su misma posicion."

"Como era la primera vez que se experimentaban en este caso tales dificultades, se buscó la razon de ellas en el caso actual; y como el feto era móvil, y las paredes abdominales no muy resistentes, el Sr. Profesor Rodríguez pensó entónces en el ruido de soplo persistente de que hemos hablado, y creyó que una brevedad accidental del cordon (vueltas al cuello, cabalgamiento) era lo que impedia la evolucion del feto."

Yo examiné varias veces á esa embarazada, y siempre en-

contré el soplo persistente, isócrono al pulso del feto, y al producto en la misma posicion viciosa.

"El dia 29 de Octubre se verificó el parto en 2ª pelviana (s. i. d. a.), y la suposicion fundada, relativa á la brevedad accidental del cordon se realizó, pues la niña nació con una vuelta al cuello, y además cabalgando sobre el cordon." (Ordenatas de Maternidad. 1879. M. Ramos.)

En las contraindicaciones de la version externa hice relacion á este caso importantísimo, y que permitió al Sr. Profesor Rodríguez formular una conclusion del más alto interés práctico.*

VIII

Concepcion Barojas, de 20 años, buena constitucion, tuvo su primer período á los 13 años, un parto anterior natural, y su última menstruacion á fines de Abril de 1879. Hecho el diagnóstico en los primeros dias de Diciembre, se encontró que el feto, de 8 meses de edad, se presentaba en 1º posicion de la extremidad pelviana (s. a. i. a.), y era muy móvil. El mismo dia, prévios los cuidados ordinarios, se practicó la inversion cefálica, quedando el feto en 1ª de vértice (o. i. i. a). A pesar de la movilidad del producto, como se consiguió encajar la cabeza y sostener el dorso con el auxilio del vendaje usado en la Casa, la posicion nuevamente dada se conservó hasta la época del parto, que tuvo lugar con toda felicidad á las nueve de la noche del dia 6 de Enero. Alta de la madre é hijo el 18 del mismo mes.

IX

Se presentó á la Maternidad el dia 3 de Diciembre de 1879 María Andrea Elizalde, de 30 años, de buena constitucion, nulípara, habiendo tenido su última menstruacion en Abril de 1879, y no recordando la fecha de la primera. Al dia si-

* Véase "El Observador médico," tomo V, núm. 8, págs. .37 y siguientes.

guiente, reunidos el Sr. Profesor Rodríguez, los Sres. Drcs. Capetillo, Alcorta, y Huici, y los estudiantes Sres. M. Ramos y J. E. Quintero, se procedió á ejecutar la inversion cefálica, prévio el diagnóstico exacto de la presentacion y posicion del feto (2ª de la extremidad pelviana); dato que se obtuvo por la palpacion, auxiliada por la auscultacion. El Sr. Director de la Maternidad, D. Juan María Rodríguez, y su distinguido discípulo el Sr. Capetillo, ejecutaron la inversion con maestría. Condiciones especiales, tales como la gran movilidad del producto, nadando en gran cantidad de líquido amniótico, distension considerable del vientre á pesar de la nuliparidad, y su pequeñez, impidieron que la cabeza se encajase en el estrecho superior: por otra parte, y á esa época, el canal huesoso se sabe que en esa presentacion no ha experimentado las modificaciones propicias al acomodamiento. El Sr. Ramos primero, y despues la partera en jefe, hicieron el tacto vaginal para indicar el momento en que la extremidad cefálica se abocaba al estrecho superior; en un principio esa versacion faltaba, á pesar que los operadores y los demás señores presentes teniamos certidumbre de la nueva posicion del feto, puesto que tocábamos la cabeza abajo, la extremidad pelviana arriba, el dorso hácia adelante y á la izquierda, etc., etc. Entónces el Sr. Profesor Rodríguez, con una mano tomó la cabeza del feto, y con la otra el polo pelviano; y por medio de movimientos de descenso y deslizamiento, hizo que el polo cefálico se abocara bien al estrecho, lo que fué comprobado por el tacto vaginal. Se aplicó el vendaje, se recomendó quietud á la embarazada, y se dió por terminada la operacion, no sin haber recomendado se le vigilara atentamente por si acaso las maniobras externas que duraron diez minutos, despertaban contracciones uterinas.

Durante el resto de la gestacion examiné repetidas veces á María A. Elizalde, y en todas ellas observé que el feto se mantenia en primera posicion de vértice. El dia 8 de Enero, mes y dias despues de la inversion, se verificó el parto en primera de vértice con el auxilio del forceps. La niña nació asfixiándose (aunque sin vuelta del cordon al cuello) por la

rotura anticipada de la fuente (á los pocos instantes apareció el meconio), la resistencia de las partes blandas, el acorazamiento * (*barrure* de los franceses), etc.; pero se logró que respirase. El puerperio fué complicado de metrítis parenquimatosa, infarto del ligamento ancho izquierdo y gangrena de la vulva; todo se combatió eficazmente con el método curativo del eminente clínico y Director de la Casa de Maternidad, el Sr. Profesor Rodríguez. El 28 de Enero madre é hija recibian su alta de manos del practicante interno del servicio.

X

Vicenta Sanabria, de 20 años de edad, temperamento misto, predominando el sanguíneo, y de excelente constitucion, entró al hospital el 13 de Febrero de este año. Ha tenido un parto anterior, natural. Su última regla fué el 20 de Junio de 1879. El exámen enseñó lo siguiente: que las paredes útero-abdominales eran muy fláxidas; que la edad del embarazo era de ocho meses, y que el producto, muy móvil, se abocaba en presentacion de la extremidad pelviana, segunda posicion (s. i. d. a.). El dia 14 de Febrero se encontró al feto en cuarta pelviana (s. i. i. p.); se ejecutó la inversion cefálica por maniobras externas, quedando en segunda de vértice (o. i. d. a.). El dia 17 un exámen reveló que el feto se presentaba en segunda de hombro ó primera del hombro izquierdo (a. i. d. a.); al punto se *convirtió* en segunda de vértice. El dia 20 se estudió una posicion primera de vértice. El dia 25 volvió el feto á la primitiva posicion (segunda de la extremidad pelviana), y sin pérdida de tiempo se volvió á invertir en primera de vértice. Los dias 26 y 28 de Febrero y 11 de Marzo, el producto conservó la posicion dada; pero el dia 15, á consecuencia de algunos esfuerzos que hizo la madre, se encontró al hijo en primera de hombro derecho. Al proceder en la tar-

* Véase respecto á este punto la notable Tésis inaugural del Sr. Dr. Rosendo Gutiérrez.

de, á hacer *la conversion*, se vió que el producto la habia hecho espontáneamente, colocándose en primera de vértice.

Todas esas evoluciones, indicadas someramente, se efectuaron á pesar de los vendajes contentivos que se aplicaron y del reposo á que se condenó á la operada; sin embargo, estos dos medios bastaron al fin para fijar la benéfica posicion, puesto que la mujer parió felizmente en primera de vértice.

Huyendo de la difusion, omito publicar cuatro observaciones más que poseo, y que, por otra parte, no ofrecen particularidades dignas de mencion, y tienen muchos puntos de contacto con las que he tenido el honor de presentar.

CONCLUSIONES.

I

La situacion del feto durante los siete primeros meses del embarazo es muy variable, y no es trascendental.

II

Desde el 7º mes en las nulíparas, y desde el 8º en las pluríparas, comienza el acomodamiento fetal.

III

Los factores del acomodamiento regular del producto son los siguientes: conformacion normal y funcionamiento fisiológico de las cavidades uterina, abdominal y pelviana; conformacion normal del huevo (tamaño y forma del producto, cantidad de líquido amniótico, insercion placentaria, longitud del cordon, etc.).

IV

Lo que primeramente se acomoda es el ovoide fetal, despues el cefálico, urgidos tanto uno como otro por las contracciones, cuyos movimientos son regularizados por la columna lumbar y el promontorio.

V

El cuerpo del feto queda alojado así en alguno de los cuatro compartimientos uterinos.

VI

El acomodamiento irregular depende de la mengua ó falta de uno ó de algunos de los factores indicados.

VII

La pérdida de la elasticidad y tonicidad de las paredes úte-

ro-abdominales, consecuencia casi necesaria de la pluriparidad, es la causa más comun de los abocamientos viciosos.

VIII

El acomodamiento regular del producto consiste, pues, en la armónica relacion entre el continente y el contenido, y en la identificacion de los ejes fetal, uterino y abdominal, condicion precursora é indispensable del alumbramiento fisiológico.

IX

El conocimiento de las leyes del acomodamiento del feto ~~son~~ la base fundamental del diagnóstico por maniobras externas.

X

Desde el año 1869, el señor profesor Rodríguez introdujo la palpacion abdominal, y la elevó al rango de método de investigacion, que en la mayoría de casos basta para fundar el diagnóstico de cada una de las presentaciones y posiciones del producto, y auxiliada por la auscultacion, es eficaz casi siempre.

XI

El pronóstico desfavorable de los partos agripino, facial y de tronco, impone el deber de intervenir por maniobras externas, con la debida anticipacion.

XII

El diagnóstico prévio de la posicion absoluta y relativa del feto por la palpacion abdominal, es la condicion indispensable para intentar la version externa; sin él toda maniobra es infructuosa, irracional y temeraria.

XIII

Desde el 7º mes del embarazo en las nulíparas, y desde el 8º en las pluríparas hasta el momento del parto, y cuando existe el imprescindible requisito de la movilidad del produc-

to, el tocologista tiene la obligacion de *convertir* las posiciones de hombro, de *invertir* las de la extremidad pelviana, y de *regularizar* las faciales.

XIV

La contraindicacion general de la version externa ó mixta consiste en la movilidad del feto.

XV

En 1869, el señor Director de la Maternidad, D. Juan María Rodríguez, hizo por la primera vez en México la conversion cefálica por maniobras externas, y en 1871 la primera inversion. En esa misma época, el eminente maestro creó la regularizacion.

XVI

La adicion introducida al manual operatorio de la version externa por el Sr. Rodríguez, es del más alto interés práctico: por sí sola norma la conducta de los operadores, previene complicaciones peligrosas, y asegura el buen resultado inmediato de las maniobras.

XVII

Los cuidados prévios, y los consecutivos especialmente, á más de que procuran la fijeza de la nueva posicion, lo cual es de todo punto indispensable, auguran un éxito feliz.

México, Marzo de 1880.

Julian E. Quintero.

CUADRO SINÓPTICO DE LA AUSCULTACION OBSTETRICIAL (Dépaul)

1ª regla. Para auscultar al feto en las posiciones dorso anteriores, se acuesta á la mujer en decúbito supino.

2ª regla. Para auscultar al feto en las posiciones posteriores (ménos las de tronco), debe acostarse á la mujer en el decúbito lateral opuesto al compartimiento en que se encuentra el dorso.

3ª regla. Para auscultar al feto en las posiciones posteriores de tronco, debe aplicarse el estetoscopio en el fondo del útero, y dirigirlo oblícuamente para poder llegar al dorso. (Profesor Rodríguez.)

EMBARAZO ÚNICO.

	PRESENTACIONES.	POSICIONES.	
Máximum de los latidos en la fosa ilíaca.	**De vértice.** Se trasmiten más hácia arriba que abajo y traversalmente.	Foco de auscultacion adelante y á la izquierda	1ª
		Foco de auscultacion adelante y á la derecha	2ª
		Foco de auscultacion atrás y á la derecha	3ª
		Foco de auscultacion atrás y á la izquierda	4ª
	De tronco. Se propagan más trasversalmente que arriba y abajo.	Foco de auscultacion adelante y á la izquierda	1ª
		Foco de auscultacion adelante y á la derecha	2ª
		Foco de auscultacion atrás y á la derecha	3ª
		Foco de auscultacion atrás y á la izquierda	4ª
Máximum de los latidos en la zona supra-umbilical.	**De la extremidad pelviana.** Se propagan más hácia abajo que arriba y trasversalmente.	Foco de auscultacion adelante y á la izquierda	1ª
		Foco de auscultacion adelante y á la derecha	2ª
		Foco de auscultacion atrás y á la derecha	3ª
		Foco de auscultacion atrás y á la izquierda	4ª
	De cara. Se propagan más hácia arriba que abajo y trasversalmente.	Foco de auscultacion adelante y á la izquierda	1ª
		Foco de auscultacion adelante y á la derecha	2ª
		Foco de auscultacion atrás y á la derecha	3ª
		Foco de auscultacion atrás y á la izquierda	4ª

EMBARAZO MÚLTIPLE.

EMBARAZO GEMELAR.

Primer tipo.

Un feto se aboca por el vértice (1ª posicion). — Foco de auscultacion en la fosa ilíaca izquierda, y los latidos se propagan más hácia arriba que abajo y trasversalmente.

Otro por la extremidad pelviana (3ª posicion). — Foco de auscultacion hácia atrás y á la derecha, region supra-umbilical, y los latidos se trasmiten más hácia abajo que arriba y trasversalmente.

Segundo tipo.

Los fetos se abocan por el vértice.

Uno en 2ª posicion — Foco de auscultacion en la fosa ilíaca derecha, y los latidos se propagan más hácia arriba que abajo y trasversalmente.

Otro en 4ª posicion — Foco de auscultacion en la fosa ilíaca izquierda, hácia atrás, y los latidos se propagan más hácia arriba que abajo y trasversalmente.

Tercer tipo.

Los fetos se abocan por la extremidad pelviana.

Uno en 1ª posicion — Foco de auscultacion adelante y á la izquierda, region supra-umbilical, y los latidos se propagan más hácia abajo que arriba y trasversalmente.

Otro en 3ª posicion — Foco de auscultacion atrás y á la derecha, region supra-umbilical, y los latidos se trasmiten más hácia abajo que arriba y trasversalmente.

En los embarazos más complexos se oirán tres ó cuatro focos antitéticos.

J. E. Quintero.

(Tésis inaugural.)

CUADRO SINÓPTICO DE LA PALPACION ABDOMINAL.

PROCEDIMIENTO DEL SEÑOR PROFESOR RODRIGUEZ.

EMBARAZO ÚNICO.

PRESENTACIONES. — **POSICIONES.**

El diámetro longitudinal del útero es mayor que el trasverso.

Plano esternal atrás.

De vértice.

Cabeza en el hipogastro (occipucio), sigue un cilindroide pequeño (nuca), y despues un cilindroide mayor (dorso), y un tumor voluminoso, depresible (extremidad pelviana).

- Plano resistente adelante y á la izquierda... 1ª
- Plano resistente adelante y á la derecha.... 2ª

De la extremidad pelviana.

Cabeza en el fondo del útero; le siguen la nuca, el dorso, y las nalgas situadas en el área del estrecho superior.

- Plano resistente adelante y á la izquierda... 1ª
- Plano resistente adelante y á la derecha.... 2ª

De cara.

Cabeza en el estrecho superior, más grande (sincipucio); siguen un hundimiento angular, el dorso y las nalgas.

- Plano resistente adelante y á la izquierda... 1ª
- Plano resistente adelante y á la derecha.... 2ª

Plano dorsal atrás.

De vértice.

En el hipogastro se puede tocar la region frontal. Tumor voluminoso y depresible en el fondo del útero (extremidad pelviana).

- Plano esternal adelante y á la izquierda.... 3ª
- Plano esternal adelante y á la derecha..... 4ª

De la extremidad pelviana.

La cabeza se toca en el fondo del útero, y la region tangible es mayor que en las posiciones anteriores (region fronto-bregmática).

- Plano esternal adelante y á la izquierda.... 3ª
- Plano esternal adelante y á la derecha..... 4ª

De cara.

Se palpa el cuello (regiones ántero-laterales) y la mandíbula en el hipogastro; en el fondo la extremidad pelviana.

- Plano esternal adelante y á la izquierda.... 3ª
- Plano esternal adelante y á la derecha..... 4ª

El diámetro trasverso del útero es mayor que el longitudinal.

De tronco.

- Cabeza (occipucio) en la fosa ilíaca izquierda, plano resistente adelante (1ª del hombro derecho).......... 1ª
- Cabeza (occipucio) en la fosa ilíaca derecha, plano resistente adelante (1ª del hombro izquierdo).......... 2ª
- Cabeza más tangible (region fronto-bregmática) en la fosa ilíaca derecha, plano esternal adelante (2ª del hombro derecho)................ 3ª
- Cabeza más tangible (region fronto-bregmática) en la fosa ilíaca izquierda, plano esternal adelante (2ª del hombro izquierdo)................ 4ª

EMBARAZO MÚLTIPLE.

Prévio el diagnóstico diferencial entre la hidropesía del amnios y el desarrollo trasverso anormal de la matriz. (Véanse las págs. 57 y 58.)

EMBARAZO GEMELAR.

El diámetro trasverso del útero es igual al longitudinal.

1er tipo: **Un feto se aboca por el vértice (1ª posicion), otro por la extremidad pelviana (3ª posicion).** Se toca una cabeza en el hipogastro, á la que siguen la nuca, el dorso y las nalgas, situados en el compartimiento anterior izquierdo; otra cabeza muy accesibe (region fronto-bregmática) en el fondo del útero, á la derecha, y sigue el plano esternal hasta la fosa ilíaca derecha.

2º tipo: **Los dos fetos se abocan por la extremidad cefálica; uno en 2ª posicion, otro en 4ª.**—Se palpa una cabeza en la excavacion ó el estrecho, otra en la fosa ilíaca izquierda; en el compartimiento anterior derecho se toca un plano resistente, y en el costado izquierdo otro tambien resistente, acostando á la mujer en decúbito lateral derecho; arbitrio que debe hacerse siempre que estando el dorso hácia atrás quiere uno llegar á él.

3er tipo: **Los dos fetos se abocan por la extremidad pelviana: uno en 1ª posicion, otro en 3ª.**—En el fondo de la matriz se tientan dos cabezas, la derecha es más voluminosa y le sigue el plano esternal; la izquierda ménos, y le sigue el plano resistente.

En los embarazos más complexos, las particularidades fetales se encuentran triplicadas ó cuatriplicadas.

J. E. Quintero.

(Tésis inaugural.)

FÉ DE ERRATAS.

PÁG.	LÍN.	DICE:	LÉASE:
26	9	tonocidad........................	tonicidad
26	13	respeto.........................	respecto
26	23	En las etc......................	"En las etc.
31	7	metódicos......................	sinópticos
34	1ª	trascribir el cuadro anterior	trazar el cuadro de esta parte
35	32	dorsal	dorsal,
36	16	; en fin, ...	. En fin,
38	17	Presentaciones etc. de la extremidad **PELVIANA** ...	Presentacion etc. de la extremidad **CEFALICA.**
40	28	y el éxito......................	y el buen éxito
41	19	, por...........................	para
47	35	la *in situ*.....................	*in situ la*
60	35	posicion........................	posiciones
68	(**)	al fin de la línea.......... los	los he